

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

70

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA SALPINGOSCOPIE

Par COLLET,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Le Prof. Valentin, de Berne, préconisait au mois de janvier dernier l'emploi d'un instrument qui peut rendre de très grands services pour l'inspection du pharynx nasal. Il donnait à sa méthode d'examen le nom de salpingoscopie, mais cette appellation est trop modeste, car si cet instrument fait voir admirablement les pavillons tubaires, il peut s'appliquer à l'examen de tout le pharynx nasal et des choanes, il permet de réaliser la rhinoscopie moyenne, il peut même être introduit dans un sinus maxillaire dont on vient de pratiquer l'ouverture et renseigner sur l'état de ses parois.

Cet instrument est construit sur le modèle des cystoscopes : cela me dispense de le décrire. Sa longueur est de 11 cm. 1/2, son diamètre de 4 millimètres. La petite lampe qu'il porte à son extrémité nécessite moins de quatre volts et ne dégage pas beaucoup de chaleur. Il y a toutefois intérêt à la pousser un

peu, pour qu'elle donne une lumière éclatante : dans ces conditions l'examen est beaucoup plus facile, mais il ne peut pas être prolongé, on en est quitte pour le répéter plusieurs fois sans retirer l'instrument, la lampe se refroidissant assez vite dès que le courant ne passe plus.

En raison de son faible diamètre, le salpingoscope peut être introduit chez la plupart des sujets adultes, et chez bon nombre d'enfants. Son application n'est pas douloureuse, mais exige cependant une certaine docilité. Etant donné que les fosses nasales sont presque toujours asymétriques, il est rare qu'on ne puisse pas passer le salpingoscope dans la plus large des deux ; dans certains cas il ne peut absolument pas être introduit : presque toujours, il s'agit alors de déviations sigmoïdes de la cloison plutôt que d'hypertrophie des cornets. Dans plus de la moitié des cas il est admis dans les deux fosses nasales. En effet, pour qu'il passe il n'est pas nécessaire que la fosse nasale soit très large, il suffit qu'à une hauteur quelconque elle ait 4 millimètres de diamètre. Ainsi donc dès qu'on aperçoit un peu de la paroi postérieure du pharynx à la rhinoscopie antérieure, on peut engager l'instrument d'autant plus que les parties molles cèdent sous sa pression. Voici d'ailleurs la proportion des cas où son application est possible d'après mes tout premiers essais : introduction impossible des deux côtés 15 % ; introduction possible à droite seulement 20 % ; possible à gauche seulement 10 % ; possible des deux côtés 55 %. Sur cet ensemble il y avait un certain nombre d'enfants. De plus, je suis convaincu que le chiffre de 15 % s'abaisserait beaucoup si on cocaïnait fortement la muqueuse et si on exerçait un peu de pression dans les cas qui en vaudraient la peine.

L'introduction de l'instrument peut être précédée ou non de l'application de cocaïne qui a l'avantage d'éviter tout chatouillement et de prévenir les éternuements qui forceraient à interrompre l'examen. L'adrénaline pourrait être employée pour faire rétracter une muqueuse trop congestionnée dont le contact salirait incessamment le prisme à son passage, mais elle est généralement inutile.

Le salpingoscope donne une vue remarquable du pharynx

nasal, sauf lorsque ses parois sont tapissées de mucosités abondantes qui nécessitent un lavage préalable. Evidemment il demande un certain apprentissage, d'abord parce qu'il faut aller vite, ensuite parce qu'il ne montre qu'une petite partie du pharynx à la fois, enfin parce qu'on a quelque peine à s'orienter à cause de la déviation des images par le prisme ; il est vrai que le bouton que porte extérieurement la lunette de l'instrument du côté de la surface du prisme renseigne constamment sur la direction de celui-ci et favorise beaucoup les recherches. Il faut pousser l'instrument à fond, d'emblée, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx (le prisme tourné en haut pour tenir moins de place) et là s'orienter.

Ainsi par exemple, le salpingoscope étant introduit par la narine droite, et poussé à fond, si on tourne le prisme vers la paroi latérale droite du pharynx, voici ce qu'on doit voir : tout à fait à gauche (de l'observateur) la fossette de Rosenmuller un peu dans l'ombre, parfois cloisonnée de brides, à droite de la fossette le bourrelet tubaire lisse, ou ondulé en cas d'hypertrophie de son tissu lymphoïde, au centre l'ouverture triangulaire de la trompe apparaît en noir : plus à droite, des arborisations vasculaires paraissant venir de la queue du cornet inférieur et de la région voisine, plus à droite encore l'extrémité souvent mûriforme du cornet inférieur. Tous ces organes ne sont pas vus à la fois : à mesure qu'on retire l'instrument on les voit défiler de droite à gauche, le prisme agissant de telle sorte que ce qui est en arrière paraît à gauche. Le retire-t-on davantage, on suit toutes les inégalités du cornet inférieur droit.

L'instrument poussé jusqu'au pharynx, si on lui fait exécuter $1/8$ de tour de telle sorte que le prisme regarde en haut et en dehors, on aperçoit très bien par la choane correspondante les autres cornets. Encore $1/8$ de tour et le prisme dirigé tout à fait en haut montre l'éperon vomérien coiffé parfois de végétations adénoïdes et l'orifice de la bourse de Tornwaldt.

Un quart de tour environ de façon à porter le bouton à droite montre le vomer et les organes du côté opposé à celui primitivement examiné, mais, comme ils sont plus éloignés, ils sont

plus petits et par contre on en a une vue d'ensemble : tout à fait à droite (de l'observateur) la fossette de Rosenmuller, plus à gauche la trompe et l'extrémité postérieure du cornet, lorsqu'il est hypertrophié, enfin le bord tranchant du vomer qui empêche de le suivre plus loin. Un quart de tour en bas montre la face supérieure du voile et l'image lointaine et rapetissée du larynx.

La face postérieure du pharynx échappe naturellement à l'examen puisqu'elle est dans l'axe de l'instrument, mais en faisant basculer celui-ci en bas on voit la partie la plus supérieure de cette face ce qui a quelque importance au point de vue du diagnostic des végétations adénoïdes.

En résumé, le salpingoscope introduit par une fosse nasale donne une vue complète des deux côtés du pharynx ; on voit avec plus de détails, c'est-à-dire à un plus fort grossissement, le côté correspondant, mais on en voit une plus petite étendue à la fois. Le salpingoscope est-il introduit par la narine gauche et tourné vers sa paroi externe, l'observateur voit tout à fait à droite la fossette gauche de Rosenmuller, un peu à gauche la trompe, puis l'extrémité postérieure du cornet inférieur. En retirant l'instrument, l'observateur voit ces organes se déplacer vers sa droite et explore le cornet inférieur dans toute sa continuité. Le même appareil permet en effet un examen minutieux des fosses nasales ; le prisme tourné en haut montre les méats moyens et la fente olfactive sous une tout autre incidence qu'à la rhinoscopie antérieure.

Je crois cette méthode d'investigation vraiment précieuse. Elle peut être avantageusement comparée aux autres méthodes, par exemple à la tuboscopie de Zaufal qui nécessite d'ailleurs l'introduction pénible de tubes qui ne donnent qu'une vue antéropostérieure des trompes. La rhinoscopie moyenne avec de très longs spéculums bivalves ne permet qu'une vue antéro-postérieure ou très peu oblique du méat moyen que le salpingoscope permet d'inspecter dans ses détails. Seule, la rhinoscopie postérieure peut être comparée à la salpingoscopie pour l'examen du cavum et des choanes, et ceci me conduit à un parallèle des deux procédés.

Il est des cas où la rhinoscopie postérieure est seule possible

à cause de l'étroitesse des fosses nasales. Nous n'avons pas à nous en occuper davantage. Il en est d'autres où la salpingoscopie est seule possible, d'autres enfin où ces deux procédés d'investigation sont applicables.

Cas où la salpingoscopie est seule possible, par une ou par les deux narines.

Tantôt l'obstacle à la rhinoscopie postérieure réside seulement dans l'irritabilité ou l'inflammation du pharynx, tantôt il est organique. Ainsi dans le premier cas, chez des sujets très nauséux, le voile se relève dès qu'on introduit le miroir. La cocaïne est souvent sans effet, par exemple chez les sujets atteints de pharyngite alcoolique ou tabagique avec faux piliers postérieurs. L'application du releveur du voile est chez eux très pénible : c'est un instrument à conseiller pour faciliter une intervention et non un simple examen. D'autre fois on essaie la rhinoscopie postérieure, mais le voile voussuré ne laisse voir que la partie supérieure du cavum et non les extrémités postérieures des cornets.

Dans le second cas la rhinoscopie postérieure est rendue impossible par un obstacle organique : le plus fréquent est l'hypertrophie des amygdales, exceptionnellement ce sera une tumeur ou une adhérence vélopharyngienne. Dans le cas d'hypertrophie des amygdales, il y a souvent un grand intérêt à être fixé sur l'état de la tonsille pharyngienne, à savoir s'il y a en même temps des végétations adénoïdes pouvant avoir leur part dans la production des symptômes fonctionnels : le pronostic et le traitement dépendent de ce renseignement. Le toucher peut y suppléer incomplètement — fort difficile d'ailleurs dans une énorme hypertrophie des amygdales — et de plus il ne renseigne pas sur la présence de l'adénoïdite. Dans ces différents cas, la mince tige du salpingoscope, facilement introduite, renseigne, sans douleurs, sans nausées, sur l'état du cavum.

Cas où la rhinoscopie postérieure et la salpingoscopie sont toutes deux possibles.

Les deux procédés se complètent alors réciproquement : ils ne fournissent pas au même degré les mêmes renseignements. La salpingoscopie renseigne mieux sur l'état des trompes, sur les altérations de leur muqueuse, elle montre mieux les extrémités postérieures des cornets inférieurs lorsque le voile est très voussuré, elle laisse explorer le cornet inférieur dans sa continuité, elle permet d'apprécier très exactement la vascularisation du pharynx dont on voit très bien les vaisseaux, elle donne une plus juste idée de l'épaisseur des végétations adénoïdes. En somme elle montre les organes de très près dans leurs détails, et sous une autre incidence que la rhinoscopie postérieure, elle les grossit. Par ces avantages on peut deviner ses défauts qui sont corrélatifs : elle ne fournit pas comme la rhinoscopie postérieure une vue d'ensemble, elle montre de plus petits fragments qu'il faut juxtaposer par la pensée, elle ne donne pas une idée des *proportions* respectives des divers organes, car ils sont d'autant plus gros qu'ils sont plus près du prisme et décroissent très rapidement dès qu'ils s'en éloignent, enfin la marche des images lorsqu'on mobilise l'instrument, marche qui n'est ni celle observée dans un miroir, ni celle observée dans un microscope, est pour un débutant, assez déconcertante. A un certain point de vue on peut résumer les avantages et les inconvénients de la salpingoscopie par une expression qui sera comprise des médecins familiarisés avec l'ophtalmoscope : c'est l'*image droite de la rhinoscopie*, elle permet de voir peu à la fois et bien, par opposition à la rhinoscopie postérieure qui, comme l'image renversée, montre une plus grande surface, mais à une plus petite échelle.

La possibilité de bien voir l'intérieur du sinus maxillaire, le méat moyen, les corps étrangers des trompes ou les bougies qu'on y engage, et la faculté d'opérer commodément, sous le contrôle de la vue, constituent d'autres avantages indiscutables de la nouvelle méthode que j'apprécie d'autant plus impartialement qu'elle n'est pas mienne.

II

DE LA GUERISON SPONTANÉE DE L'EMPYÈME VRAI DU SINUS MAXILLAIRE (1)

Par **M. LERMOYEZ**,

Médecin des hôpitaux de Paris,
chef du service oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

.....
Lorsque je la connus, M^{lle} Rose W., vivait depuis trois ans dans la crainte obsédante d'une sinusite maxillaire. Les malheurs advenus à sa sœur justifiaient ses inquiétudes. Pendant de longs mois, elle avait assisté à l'évolution fatale d'un mal qu'elle ignorait jadis, auquel elle songeait sans cesse maintenant. C'avait été d'abord la fluxion banale, la rage de dents supportée stoïquement par peur du dentiste, puis calmée, oubliée ; un jour, le pus se mettant à couler par le nez, l'anxiété des premières heures, bien vite dissipée par les bonnes paroles du médecin de famille ; puis, très longtemps, les dépuratifs, les douches nasales et toujours les mouchoirs invariablement maculés ; la patience souvent chancelante, souvent raffermie par les « ce n'est rien » du praticien ; enfin, l'orage éclatant, la douleur de front atroce, la crise de fièvre et la placidité du médecin un peu ébranlée, grave symptôme ; la polysinusite reconnue par un spécialiste ; et vingt mois d'opérations, de pansements, de retouches, pour assurer la vie sauve au prix d'un front effondré.

Or, un matin, son fantôme prit corps. En se réveillant, elle crut sentir en elle cette odeur de pourri dont sa sœur lui avait

(1) Communication à la société française d'Otologie et de laryngologie, octobre 1903.

si souvent parlé ; et, se levant, elle vit tomber de sa narine droite, la même, deux larges gouttes de pus. Alors elle comprit que son tour était venu. Elle ne voulut pas, par superstition de femme, consulter son médecin qui avait engagé sa sœur dans sa triste aventure ; et puis, sans doute, elle se crut suffisamment instruite de ces choses, parce qu'il lui avait été donné d'en voir. Souffrant du nez, elle eut cette originalité d'aller chez un rhinologiste, mais sans grand enthousiasme, car elle mit à se décider quinze jours, pendant lesquels sa situation ne se modifia pas.

Enfin, le 30 avril, elle vint chez moi. Et elle me raconta une histoire banale, celle de toutes ses pareilles. Depuis deux ans, une dent, jadis cariée et obturée, recommençait à lui faire mal de temps à autre ; quelques semaines plus tôt, l'obturation s'était détachée, et la souffrance était devenue plus pénible ; sous l'œil droit, des élancements névralgiques troublaient par instants son sommeil ; et parfois, la joue était rouge, chaude, comme enflée. Vers le 15 avril avait commencé l'écoulement nasal ; et les choses en restaient là.

Le diagnostic était facile à pressentir ; l'examen local le vérifia. Pas de lésion nasale, mais du pus jaune épais, collecté dans le méat moyen, et ruisselant en arrière sur la queue du cornet inférieur, pour s'étendre à droite sur le dos du voile ; la transparence de la joue droite disparue, et la pupille droite obstinément obscure malgré l'intensité de l'éclairage intra-buccal ; enfin, le classique mouchoir, maculé de larges taches verdâtres agglutinées, complaisamment déplié et contemplé par la patiente comme pièce à conviction. Rien au front. Dans la bouche, deux dents à incriminer ; la première molaire supérieure, très douloureuse au froid, avec une carie du deuxième degré, limitée au collet ; la deuxième molaire, un peu sensible seulement au choc, mais découvrant une chambre pulpaire infectée.

M^{lle} Rose réclamait une intervention immédiate, énergique, et surtout du chloroforme. J'eus quelque peine à obtenir qu'elle consentit à suivre mes avis, et à différer ses grandes résolutions. Il fut convenu qu'elle se rendrait d'abord chez un dentiste pour faire enlever les deux dents malades, et qu'ul-

térieurement, j'interviendrais, non pas par une opération, mais par des lavages diamétiques du sinus maxillaire. Mais, comme bientôt elle se ravisa et se refusa au sacrifice de deux dents, je crus pouvoir lui concéder de garder sa première molaire ; car, bien que juxta-sinuale, cette dent ne devait pas avoir infecté le sinus, puisque la carie n'avait pas encore touché sa pulpe.

Le surlendemain, M^{lle} Rose ne revint pas au rendez-vous que je lui avais fixé ; sans doute, elle avait été demander ailleurs le traitement énergique de son goût. Je ne m'en étonnai pas, et n'y pensai plus, quand le 19 mai on me l'annonça. Elle paraissait encore plus triste et plus inquiète ; elle déclara avoir suivi de point en point mes avis, et s'être fait enlever le 3 mai la deuxième molaire ; mais, dès ce moment, la situation avait si brusquement changé, que certainement le pus était en train de se porter ailleurs. En tous cas, dès le lendemain du jour où la dent avait été extraite, l'écoulement nasal, déjà vieux de dix-huit jours, cessait, la cacosmie disparaissait, sans qu'il eut été fait d'autre traitement. Depuis lors, son nez était sec ; et vainement, à chaque heure du jour, elle faisait l'épreuve de se moucher, et interrogeait anxieusement son linge, qui demeurait blanc.

Mon examen confirma son récit. Le méat moyen droit était vide et propre ; aucune trace de pus ne se montrait aux choanes ; la joue droite avait repris sa transparence ; la pupille était lumineuse. D'ailleurs, l'alvéole de la dent extraite était déjà presque cicatrisée. M^{lle} Rose ne me crut pas quand je lui dis qu'elle était guérie, et elle me regarda d'un air étonné quand je l'engageai à ne plus revenir.

J'eus cependant encore avec elle une entrevue, la dernière, un mois plus tard. Aucun signe de suppuration maxillaire n'avait reparu. Cependant, M^{lle} Rose persistait à nier sa guérison. J'aurais hésité à lui infliger un lavage d'épreuve du sinus maxillaire : mais, instruite par d'autres malades, elle me pria de le faire ; et je fus heureux de ne pas le lui refuser. L'eau d'épreuve sortit du sinus aussi claire qu'elle y était entrée.

J'ai su plus tard par son frère qu'elle n'avait pas eu de re-

chute, car je ne l'ai jamais revue. Elle est mécontente de mes soins ; elle ne peut admettre qu'elle ait eu la même affection que sa sœur, et qu'au lieu de subir deux ans de chirurgie, elle ait guéri, comme elle le dit, sans rien faire. Sur ce point ses idées ne s'accordent pas du tout avec les miennes : et elle en a conclu, tout naturellement, en sa double mentalité de femme et de cliente, que c'est elle qui a raison et que je me suis trompé.

..

Pendant vingt-deux ans, la vie n'avait apporté que des satisfactions à M. Jacques G..., quand une dent vint troubler sa sérénité. L'importune était la première molaire supérieure gauche, que quelques années plus tôt un dentiste avait obturée sans grandes précautions. Dans les premiers jours d'août 1901, M. Jacques sentit s'y réveiller une douleur ancienne ; et presque en même temps la pointe de sa langue, qui aimait à errer sur son palais, constata avec surprise que celui-ci s'abaissait. C'était le banal abcès palatin en verre de montre. En août, un médecin l'incisa, ce qui changea peu la situation ; en septembre, un dentiste plus avisé proposa d'extraire la dent, mais se borna à la casser : ce qui non plus ne modifia guère l'état des choses. Peu encouragé par des tentatives, M. Jacques résolut de confier sa guérison à la seule nature. Il vécut ainsi huit mois dans une situation acceptable ; les douleurs avaient cessé, mais l'alvéole ne se fermait pas, et une fois ou deux avait rejeté un petit sequestre. Et il était parfaitement décidé à maintenir le plus longtemps possible ce *statu quo*, quand se produisit un fait nouveau. Le 1^{er} juin 1902, déjà préoccupé depuis trois jours par une réapparition de la douleur de dent, il crut remarquer que sa joue gonflait un peu, en même temps qu'il percevait dans son nez une odeur nauséuse ; pour la première fois, il moucha par la narine gauche du pus fétide. Il crut à un rhume du cerveau : son médecin aussi ; il aurait été étonnant qu'il en fut autrement. Mais, comme il répandait autour de lui une odeur infecte, après deux semaines de réflexion, et bien qu'il eut maintenant perdu toute confiance dans les hommes et dans la nature, il consentit à

venir me voir. Or, il présentait tous les signes classiques et complets d'une sinusite maxillaire gauche isolée ; et dans l'alvéole de la première prémolaire gauche était fixée la racine cassée, cause de tout le mal. M. Jacques était assez intelligent pour me croire, quand je lui expliquai que l'abcès péri-dentaire se vidait maintenant par les fosses nasales ; et il fut surtout convaincu quand un dentiste plus habile, ayant extrait le fragment de racine, poussa dans l'alvéole une injection qui reflua fétide par le nez. Ceci se passait le 16 juin 1902. J'expliquai à mon malade, ennemi de toute intervention, que la disparition de la racine-cause, entraînerait probablement la disparition de l'abcès-effet, et que, puisque d'ailleurs il aimait à mettre sa confiance dans la nature, c'était où jamais le cas de se confier à elle, provisoirement. La proposition lui agréa fort ; cependant trois jours après il revint, me disant qu'on lui avait reproché la fétidité de son haleine, et me demanda un traitement palliatif, qui le désodorisât. Aussi bien, lui fis-je, du 20 juin au 11 juillet, un certain nombre de lavages du sinus maxillaire par le méat inférieur, qui invariablement ramènèrent une même quantité de pus grumeleux et fétide. Il ne restait qu'à suspendre les lavages et à proposer une cure radicale. Mais, comme je parlais quelques jours plus tard en vacances, je fus heureux de trouver, pour différer cette opération, le prétexte que voici : il restait encore au fond de l'alvéole un séquestre adhérent, ce qui actuellement eut été une cause fatale d'insuccès opératoire. Cependant, craignant qu'en mon absence il ne fut fait quelque fausse manœuvre, je remis par écrit à M. Jacques le programme de ses vacances :

1° *Antisepsie buccale seulement, tant que l'alvéole suppurera ;*

2° *Après cicatrisation de celle-ci, attendre une semaine ;*

3° *Si l'écoulement nasal continue, faire faire des lavages du sinus par le nez ;*

4° *En cas d'échec, recourir sans trop tarder à la cure radicale par la méthode de Luc.*

Les vacances passèrent. Octobre me fit rentrer. Novembre amena l'hiver. M. Jacques ne reparaisait pas ; sans doute il avait dû de nouveau consulter la nature. Cependant le

4 décembre, sa mère vint me trouver avec une attitude qui me mit en défiance. Un flot de paroles équivoques, aucun traitement fait depuis mon départ ; l'opération repoussée, après avoir pris conseil d'amis ; la situation sans grand changement ; et puis, n'est-ce pas, une sinusite maxillaire est une cause de réforme « et vous pensez, Docteur, trois ans à la caserne pour « un enfant qui ne m'a jamais quitté, mais c'est affreux ». Et elle me demanda un certificat pour la réforme. Je fus assez peu galant pour le lui refuser, et voulus le remettre au malade lui-même. Le lendemain, M. Jacques était dans mon cabinet, et je lui tendais le certificat en question. Il le prit, hésita un instant, puis brusquement le déchira : « C'est inutile, Docteur, ma mère vous a trompé : je suis guéri. — Par « la nature lui dis-je ? — Parfaitement ». Et il me raconta ce qui s'était passé. Deux mois encore après mon départ, le nez avait coulé. Au commencement de septembre, un corps dur tomba dans sa bouche qui était le séquestre alvéolaire ; le surlendemain, en se mouchant violemment, le malade ramena encore de sa narine gauche un flot de pus verdâtre, et ce fut tout. Plus jamais, il n'avait mouché depuis lors. Entre temps, la gencive s'était rapidement cicatrisée.

Depuis trois mois, la guérison se maintenait. De fait, je constatai que les deux joues, les deux pupilles s'éclairaient également ; et je fis un lavage d'épreuve du sinus absolument négatif.

Et depuis lors, la vie recommence à n'apporter que des satisfactions à M. Jacques, puisqu'il a guéri sans opération sa suppuration maxillaire, et qu'il a par surcroît trouvé un procédé bien plus simple que celui de Luc pour ne pas être soldat.

..

Si j'ai donné à ces deux observations une forme peu magistrale, c'est dans l'espoir de les voir mieux se graver dans votre souvenir. Car un enseignement s'en dégage.

Certains d'entre nous se rappellent encore comment, dans notre jeunesse on traitait le ventre des femmes ; des injections vaginales variées et profuses, puis de l'opium : les médecins

suffisaient bien à cette tâche. Parut la gynécologie ; presque tout de suite elle fut chirurgicale. On ne discutait pas pour savoir s'il fallait ou non vider le bassin : la question se posait seulement sur la meilleure façon de le faire ; abdominaux et vaginaux disputaient sans relâche. Les femmes elles-mêmes étaient gagnées à la mode nouvelle ; les ovaires étaient mal portés dans les salons parisiens ; il y eut un banquet d'infécondes ; même on projeta un club d'éternelles blessées. Puis vint l'inévitable réaction, le tassement des opinions trop saillantes ; et, comme pas mal de femmes guérirent et enfantèrent parmi celles qui s'étaient refusées au bistouri, on comprit qu'il y avait lieu d'établir une distinction entre les ventres à ouvrir et ceux à médicamenter ; et le diagnostic se fit plus avisé et plus sage.

Le traitement des sinusites a suivi la même voie : mais, comme il s'est mis en route plus tard, il retarde sur la gynécologie d'une étape. Néanmoins, l'évolution est parallèle. D'abord ce furent les injections nasales outrancières, et la quinine ; puis, progrès notable, la vaseline boriquée et l'antipyrine. Vint la chirurgie rhinologique. On se risqua à ouvrir un sinus, puis deux, puis tous ; par le nez, par la bouche, par la peau : on ne discutait que sur la voie d'accès.

Et les rares rhinologistes qui n'étaient pas partisans de cette rhino-chirurgie systématique, hésitaient presque à l'avouer, et se tenaient à l'écart. Or voici qu'enfin l'heure actuelle apporte la mise au point ; l'on ne se demande plus seulement comment il faut ouvrir les sinus, mais aussi quand il faut le faire.

Il n'est pas dans mon intention de faire la critique de ceux qui menèrent la charge opératoire contre les sinus ; car je me blâmerais moi-même, ayant été très enthousiaste à les suivre. Il est même très heureux que cette période d'exubérance ait eu lieu, car, en vertu de cet axiome chirurgical qui dit que les opérations réussissent d'autant mieux qu'elles sont moins nécessaires, nous eûmes tous dès le début des succès éclatants qui nous encourageaient à persévérer. Il est probable que si, à ce moment, notre intervention n'eût porté que sur les cas chroniques et rebelles qui même aujourd'hui nous causent encore

tant de déboires, nous aurions sans doute rebroussé chemin dès les premiers pas sur la voie nouvelle, n'ayant pas, pour nous pousser de l'avant, la confiance que nous donnent à l'heure actuelle les résultats acquis.

Mais cette raison ne vaut plus aujourd'hui ; et, de toute nécessité, l'heure est venue pour nos instruments de faire le tri entre les diverses suppurations sinusales. Il y a dix ans, on était parfaitement satisfait d'avoir porté le diagnostic d'abcès du sinus maxillaire, de l'antre d'Higmore : diagnostic simpliste et global, qui aujourd'hui ne nous suffit plus. Pour les suppurations du sinus maxillaire, qui m'occupent seules ici, il est de toute nécessité d'en savoir distinguer trois types :

1° *La sinusite maxillaire aiguë, catarrhale ou purulente*, qui n'est que l'extension d'un coryza et qui, comme celui-ci, ne demande qu'à guérir vite, avec ou sans menthol, mieux cependant avec menthol, mais à condition qu'on ne lui fasse aucune opération. Il est vrai qu'opérée elle guérit aussi, mais bien plus lentement ; ce qui il y a dix ans était néanmoins inscrit à l'actif des succès éclatants.

2° *La sinusite maxillaire chronique*, longueuse et parfois nécrosante.

3° *L'empyème maxillaire, froid et passif*.

Le premier type, par son évolution bruyante et rapide, se laisse aisément reconnaître. Les deuxième et troisième sont plus aisés à confondre, et plus d'un auteur encore s'y trompe. Or, il importe que leur séparation soit nettement établie : car la sinusite chronique est une affection grave et tenace ; l'empyème n'est qu'un épisode sans gravité au cours d'une affection d'à côté. Dans l'une, le sinus est une fabrique de pus, indigène ; dans l'autre, il n'est qu'un entrepôt de pus, de provenance étrangère. Et la muqueuse sinusale est tellement tolérante qu'elle supporte très longtemps ce contact, sans se troubler.

On ne manquera pas de me dire : mais cette division est schématique ; mais il y a des cas intermédiaires... Je n'y contre-dis pas ; toutefois ils sont rares ; et peu importe, d'ailleurs. Dans les sciences naturelles, dont est la médecine, les classifi-

cations ne se peuvent établir qu'en considérant les cas types ; jamais les botanistes n'auraient établi leurs grandes familles, s'ils s'étaient arrêtés à considérer toutes les variétés de plantes hybrides.

Il importe donc absolument de chercher toujours à distinguer la sinusite maxillaire de l'empyème, chez tous les malades de ce genre qu'on entreprend de soigner ; car un bon traitement sort d'un diagnostic vrai. La chose au premier abord peut paraître un peu délicate, puisque sinusite et empyème ont mêmes allures cliniques, souvent même un point de départ dentaire identique. Antérieurement, faute d'un bon signe distinctif, le mieux était, comme dans ma seconde observation, de croire d'abord à un empyème, d'agir en conséquence, et, en cas d'échec, de changer tardivement d'opinion pour admettre la sinusite. A moins qu'on ne trouvât plus d'intérêt à faire le contraire. Mais, c'est vraiment se mettre en mauvaise posture vis-à-vis d'un malade, que d'entreprendre un traitement assez long, que de formuler des assurances de guérisons, pour aboutir à confesser son erreur, et se trouver acculé à une indication opératoire inévitable ; et ce n'est guère plus agréable pour notre amour-propre que de proposer d'emblée une intervention, et de la voir refusée par un patient, qui dans la suite guérit très bien sans elle. Aujourd'hui notre susceptibilité est heureusement ménagée par le signe de capacité, indiqué et réglé par Mahu, et qui permet presque à coup sûr de distinguer séance tenante la sinusite de l'empyème maxillaire.

Or, ce n'est pas là un diagnostic de luxe. Car il semble bien que la sinusite ne puisse guérir que par une large intervention ; tandis que l'empyème, qui n'a pas à vrai dire d'existence personnelle, guérit par les moyens les plus divers, les plus simples, quand disparaît la cause qui l'entretient : pour cette seule raison que quand elle s'en va, il n'a plus sa raison d'être. La dent enlevée, l'alvéole cicatrisée, généralement quelques lavages diémétiques du sinus suffisent à tout remettre en ordre ; de même que dans d'autres cas, l'empyème maxillaire disparaît quand on se contente de traiter seulement une sinusite frontale qui y déversait le trop plein de son pus.

Bien plus, mes deux observations, et d'autres ailleurs publiées, démontrent ce qu'on oublie plus qu'on ne le sait, que l'empyème maxillaire peut guérir spontanément, je veux dire sans aucun autre traitement que la suppression de sa cause ; le sinus, une fois débarrassé de son ennemi, se rétablit de lui-même. Cette cause est de beaucoup le plus souvent dentaire. Aussi bien dans ces cas, contentez-vous de faire enlever la dent malade, et attendez patiemment, avant de faire tout autre intervention sérieuse, que l'alvéole ouverte soit bien fermée ; car si, ce qu'il est impossible de toujours prévoir après l'extraction, l'alvéole a tendance à bourgeonner et à se fistuliser, c'est qu'il y a tout au fond de l'ostéite ; et tant restera le séquestre à éliminer, tant durera, quoiqu'on fasse, l'empyème sinusal. Et la dent enlevée, ou le séquestre éliminé, vous n'aurez souvent qu'à constater que le sinus s'est débarrassé tout seul. Comment cela ? tout simplement parce qu'il cesse d'y arriver du pus ; et que celui qui s'y trouve encore s'est évacué de diverses manières, soit dans les changements de position de la tête, soit peut-être par l'effet des cils vibratiles, soit certainement par l'aspiration que produit l'éternuement. Mais, pour pouvoir imposer au malade impatient cette expectation et à soi-même cette inertie pesante, il faut être certain qu'il ne se trouve pas au bout de l'attente la cruelle déception d'une sinusite méconnue : et c'est pour nous donner cette assurance que le signe de capacité est précieux.

La nécessité de distinguer, parmi les suppurations du sinus maxillaire, la sinusite de l'empyème, s'impose encore plus quand il s'agit d'apprécier la valeur réelle des nouvelles interventions proposées contre elles. Certes, il ne viendrait aujourd'hui à l'idée de personne de proposer une opération contre les sinusites aiguës qui guérissent toujours seules. Mais quelle confiance pouvez-vous mettre dans un procédé nouveau qui n'a pas eu le soin de faire une distinction préalable entre la sinusite et l'empyème, et qui, de très bonne foi, a cru guérir des sinusites, quand il ne s'est peut-être adressé qu'à des empyèmes, affection épisodique qui ne demande qu'à guérir, et vis-à-vis de laquelle tous les moyens sont bons, parfois même celui de ne rien faire. Or n'oublions pas que parmi

les suppurations maxillaires, les empyèmes vrais sont beaucoup plus fréquents que les sinusites.

De ces considérations, je veux seulement dégager trois conclusions :

1° c'est qu'il existe non pas un, mais au moins trois types de suppurations maxillaire qu'il faut absolument savoir distinguer ;

2° que cette distinction est nécessaire, car l'empyème, même très ancien, peut guérir spontanément, à l'inverse de la sinusite, incurable par soi-même ;

3° et que tout procédé nouveau de cure radicale des suppurations maxillaires ne peut entraîner notre adhésion que s'il a eu la précaution d'établir cette distinction fondamentale entre les cas auxquels il prétend s'attaquer.

III

RECHERCHES SUR LA GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE (1)

Par **G. ROSENTHAL**,

Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris

Nos recherches sur la gymnastique respiratoire ont eu comme point de départ une double constatation clinique :

D'une part, comme externe puis comme interne de M. le Prof. Grancher aux Enfants malades, nous avons souvent entendu notre éminent maître dire des enfants « ils ne savent pas respirer ».

D'autre part, notre attention a été appelée sur les résultats variables, le plus souvent excellents, quelquefois hésitants ou insignifiants de l'ablation des végétations adénoïdes. Dans ces cas défavorables, qui atteignent facilement d'après l'avis de nos maîtres 10 %, et qui sont, selon l'expression pittoresque du Dr Lermoyez « le résidu », on ne voit pas après l'opération, la croissance se dessiner ; la poitrine reste étroite, aplatie.

La famille et le médecin ont beau attendre, escompter un résultat tardif ; ce résultat ne se produit pas. On invoque alors, pour justifier l'échec, des explications diverses. Des enfants malingres, des scrophuleux, ont, dit-on, un organisme incapable de prendre son essor ; ou bien la sténose respiratoire rhinopharyngienne se complique d'adénopathie trachéo-bronchique ; ou bien le pneumogastrique est comprimé par des ganglions et le tissu pulmonaire se nourrit mal. (2)

(1) Voir *Journal de Physiothérapie*, juillet et novembre 1903.

(2) Nous essayons en ce moment d'adopter la gymnastique respiratoire à la cure de la tuberculose pulmonaire au début. Nos recherches sont encore trop récentes pour donner, autre chose qu'une espérance.

Mais souvent les tares sont nulles ; l'opération a été parfaitement conduite ; la croissance se fait, mais laisse le thorax malingre dans un corps vigoureux. C'est ce que nous appelons la *dissociation thoraco corporelle*.

Tous les dangers d'un mauvais fonctionnement de l'appareil respiratoire persistent ; l'individu a beau avoir des muscles vigoureux, un biceps saillant ; il n'en est pas moins en état de méiopragie pulmonaire ; c'est un candidat à la tuberculose.

Ce sont là les cas les plus heureux. L'adénoïdien non guéri par l'opération est trop souvent une proie facile pour le bacille de Koch.

Quelle est la cause réelle de ces insuccès. Quel est le moyen d'y remédier ?

Cette cause peut se déduire par simple raisonnement. Pour qu'un organe soit normal, il faut à la fois qu'il ne soit atteint d'aucune lésion, et que son fonctionnement soit intégral. Cette distinction a une grande importance. Se rapporter exclusivement à l'anatomie pathologique et déclarer sain et normal un organe macroscopiquement et histologiquement sans lésions, n'est pas faire une affirmation de praticien.

Dans le cas des végétations adénoïdes, que se passe-t-il ? L'enfant par sa sténose rhinopharyngienne perd l'habitude de la respiration nasale, il respire par la bouche, sa voûte palatine se creuse, il ronfle etc...

Le spécialiste en lui enlevant les organes hypertrophiés lui donnera la *guérison anatomique*. Dès lors la voie est libre ; l'enfant pourrait se remettre à respirer par le nez ; en fait, c'est ce qui arrive le plus souvent. Mais dans les mauvais cas, l'habitude vicieuse s'est implantée. *On ne respire pas impunément par la bouche pendant 5 ou 10 ans, à l'époque du développement du squelette*. Inconsciemment l'enfant ou l'adolescent continue à respirer vicieusement. La *guérison anatomique* a été insuffisante, il faut qu'elle soit complétée par la *guérison physiologique*, que donnera la gymnastique respiratoire. Nous ne saurions trop insister sur cette distinction, et sur ce fait que la *guérison physiologique* est le complément de la *guérison anatomique*.

Un auteur connu, qui est dans la question de la gymnastique respiratoire un de nos prédécesseurs a cru que la guérison physiologique pouvait suppléer la guérison anatomique; c'est une erreur absolue, elle serait la mort d'une méthode admirable, qui a pour elle la logique et ne doit pas, par conséquent, aller contre le bon sens.

Il nous est arrivé, après avis du spécialiste, dans des cas d'infections subintantes retardant l'opération, de commencer la cure de gymnastique respiratoire avant la guérison anatomique. Nous avons rapidement refusé de continuer devant l'inutilité de nos efforts.

Dans quelques cas, un essai de cure de gymnastique respiratoire peut faire poser une indication opératoire. Supposez qu'après une ablation d'amygdales et de végétations, le spécialiste reconnaisse la présence d'une lésion légère des cornets ou de la cloison. Il craint de rebuter la famille par une nouvelle intervention qui ne s'impose pas à son esprit. Dans ce cas, on peut tenter la cure de la gymnastique respiratoire à titre d'essai. Mais souvent le résultat minime obtenu, force le médecin éducateur de la respiration à renvoyer le sujet au spécialiste et montre une fois de plus que le fonctionnement physiologique d'un organe a pour base son intégrité anatomique. Répétons donc encore que :

La cure de gymnastique respiratoire est le complément physiologique de la guérison anatomique obtenue par l'ablation des végétations adénoïdites, des amygdales hypertrophiées, ou de tout obstacle à la respiration nasale.

..

Même si la gymnastique respiratoire n'étendait ses bienfaits qu'aux adénoïdiens, son domaine serait considérable. Mais il faut ranger à côté des adénoïdiens tous les enfants porteurs d'une lésion nasale entravant l'inspiration. Il faut aussi, avec Natier, ajouter aux adénoïdiens, les « faux adénoïdiens ». Sous ce terme nous désignons les enfants et adolescents (ils sont légions) qui respirent vicieusement par la bouche pour des raisons diverses, poussées multiples du catarrhe nasal, rhumes pro-

longés, habitude de courir avec une pierre dans la bouche, faux adénoïdisme héréditaire (Lermoyez) etc.

∴

Nous venons d'énoncer nos idées sur l'utilité de la cure physiologique de gymnastique respiratoire. Il faut maintenant en démontrer l'exactitude clinique. Cette exactitude se démontre par une double épreuve.

a) l'épreuve inspiratoire nasale ;

b) la vérification du jeu du diaphragme.

a) L'inspiration et l'expiration doivent se faire par le nez ; *il est aussi antiphysiologique de respirer par la bouche qu'il le serait de boire ou manger par le nez* ; nous n'avons pas à insister ici sur le rôle de protection pulmonaire que jouent les fosses nasales, en filtrant, humidifiant, réchauffant l'air extérieur. La respiration buccale est qualitativement dangereuse, quantitativement insuffisante. Or prenez un adénoïdien opéré et non guéri, un faux adénoïdien, un malingre temporaire, un candidat à la tuberculose (ce sont le plus souvent des faux adénoïdiens). Placez le devant vous, et veillez à ce qu'aucun vêtement, aucune ceinture ne puisse gêner la respiration.

Expliquez-lui qu'il doit respirer par le nez, montrez-lui, vous-même le jeu de la respiration nasale, et faites-le respirer ainsi vingt fois de suite.

Beaucoup sont incapables de respirer par le nez ; ils vous le disent spontanément et s'étonnent que ce soit une faute de physiologie. D'ailleurs leur médecin en les auscultant ne leur dit-il pas « Respirez bien, ouvrez la bouche » !

Un grand nombre inspire par le nez, deux et trois fois ; une épreuve superficielle ferait conclure à une respiration physiologique. Mais dès la quatrième inspiration, la face se congestionne, bientôt elle se cyanose ; la bouche s'entr'ouvre par une réaction inconsciente de défense. Ces sujets respirent selon le *type bucco-nasal*, type mixte également vicieux.

b) Nous ne voulons pas répéter ici l'étude clinique de l'*insuffisance diaphragmatique*. Ce syndrome est très fréquent ; il se traduit par : 1° l'obscurité respiratoire des bases, avec atténua-

tion des vibrations thoraciques et de la sonorité ; 2° limitation de la course du diaphragme, visible aux rayons X, constatable par l'immobilité de l'abdomen pendant la respiration ; 3° par des caractères spéciaux des graphiques ; 4° par de la *constipation diaphragmatique*, etc.

II

Ainsi les adénoïdiens opérés et non guéris, comme les faux adénoïdiens, sont des sujets qui ne savent pas respirer. D'ailleurs l'auscultation pure, pour les médecins habitués à ces idées, montrent des territoires entiers où le murmure vésiculaire est insuffisant.

Il faut donc leur apprendre à respirer. *Cette éducation respiratoire pour être utile doit être faite et dirigée par le médecin. La gymnastique respiratoire sera médicale ou elle ne sera pas.*

Il est utile de développer cette proposition.

Voici un enfant qui présente une infériorité exclusivement pulmonaire. Il est illogique à coup sûr de compter sur un exercice général pour y remédier. L'ancienne gymnastique, gymnastique d'agrès, a comme base des exercices violents pendant lesquels la glotte est contractée ; elle est donc la négation même de l'exercice du poumon. De plus, elle est bien trop fatigante pour être proposée aux sujets dont nous nous occupons. Ce. serait une cause d'épuisement et non d'amélioration.

D'ailleurs, allons-nous conseiller la gymnastique générale au sujet convalescent d'une fracture ou d'une entorse ? Non, la la mécanothérapie aura une action directe sur le point lésé, elle redonnera l'amplitude des mouvements à l'articulation ankylosée, que brutaliserait sans résultat l'ancienne gymnastique.

Nous repoussons de même l'emploi de la gymnastique des muscles de la cage thoracique. Ces exercices qui développent, groupe par groupe, les muscles de la poitrine sont certes un progrès sur la gymnastique ancienne. Mais leur emploi ne saurait guère aboutir qu'à la *dissociation thoraco corporelle* ;

le sujet qui a un grand pectoral saillant, et un deltoïde volumineux peut faire les mêmes fautes de respiration et courir les mêmes dangers que le sujet malingre.

Il n'est pas utile pour bien respirer d'avoir de gros muscles ; il faut savoir s'en servir, il faut connaître la physiologie de la respiration.

Le gymnaste ancien donnait de gros muscles, le gymnaste suédois donne de gros muscles thoraciques, *seul le médecin physiologiste peut donner une bonne respiration*, car seul il sait faire travailler utilement le poulmon.

..

Pour donner une bonne respiration deux conditions doivent être remplies :

a) il faut que la respiration soit profonde et exclusivement nasale ;

b) il faut qu'à chaque inspiration le thorax se développe dans les trois sens, en hauteur comme en largeur et en épaisseur.

Montrer à un sujet à respirer par le nez, contrôler par l'auscultation la respiration utile, doser le murmure vésiculaire est œuvre de médecin et de médecin instruit.

Diriger les exercices de façon à annuler la paresse pulmonaire de tel ou tel territoire, faire respirer le sommet droit de l'un, les bases de l'autre, supprimer l'*inertie pulmonaire qui fait le lit de la tuberculose pulmonaire* est œuvre de clinicien avisé.

Veiller à ce que le sujet en développant les parties supérieures de sa poitrine y fasse entrer de l'air, et ne laisse pas s'installer une *insuffisance diaphragmatique de compensation*, par *balancement sous claviculo-diaphragmatique* est œuvre de praticien ayant réfléchi sur la physiologie du thorax.

Seul le médecin peut diriger un pareil traitement, seul il aura des résultats rapides, nous dirions presque immédiats, car il suffit de deux séances par semaine pendant trois mois

pour obtenir la guérison ; et l'amélioration apparaît dès la cinquième ou sixième séance.

..

Sans fatiguer le lecteur par la description des manœuvres, nous indiquons le principe de notre pratique.

Contrairement aux gymnastes, pour qui le mouvement est tout, nous affirmons que le mouvement n'a de valeur qu'à condition d'être accompagné d'une inspiration nasale prise doucement menée profondément, contrôlée médicalement. Dans ces conditions, on peut utiliser la série de mouvements passifs puis actifs d'écartement ou d'élévation des bras dans les stations debout, assis, ou couché, etc.

Il faudra veiller soigneusement au fonctionnement du diaphragme.

Il est le plus souvent insuffisant, et a limité sa course par *accommodation rhino-diaphragmatique* ; car une course physiologique tirerait et traumatiserait un poumon, où l'air n'entre pas. L'éducation du diaphragme se fera en trois phases :

- 1) le médecin fera exécuter au sujet couché, assis, debout des inspirations nasales diaphragmatiques sans mouvements des bras ;
- 2) le sujet exécutera des inspirations diaphragmatiques profondes, pendant que le médecin lui fera faire des mouvements passifs des bras.
- 3) le sujet exécutera des inspirations profondes diaphragmatiques avec mouvements actifs des bras.

..

Ainsi par les manœuvres, l'effort thérapeutique portera sur le *poumon même* ; et cet effort sera utile. — Le poumon est un organe trop délicat pour être confié aux gymnastes.

Ainsi, le sujet apprendra la *respiration complète*, il renoncera aux types costal supérieur, costal moyen, costal inférieur que les physiologistes considèrent à tort comme des types normaux de respiration.

Ainsi, la croissance se déterminera ; le médecin aura la joie profonde de voir disparaître l'obsession tuberculeuse, sans compter la suppression de la constipation diaphragmatique, l'amélioration de beaucoup de troubles nerveux déjà signalée par Maurel de Toulouse.

III

Sur la demande de M. Lermoyez, nous avons limité cet article à la gymnastique respiratoire employée chez les adénoïdiens et les faux adénoïdiens. Tout en nous conformant au désir du maître, dont la protection nous est si précieuse, nous devons dire que la gymnastique respiratoire a en dehors de ce domaine un champ d'action encore très étendu.

Dans les maladies aiguës des voies respiratoires, elle est utile soit comme moyen prophylactique, soit en pleine période d'état, soit au stade de convalescence en prévenant les scléroses de l'organe.

Dans les cachexies de l'enfance, elle supprime l'inertie respiratoire, cause de déchéance insuffisamment signalée dans la cachexie du gros ventre.

Avec les injections d'huile digitalique au dix-millième, elle est, comme l'a bien montré Lagrange, un moyen préventif de l'asystolie, etc...

Mais il est juste de dire que son plus beau domaine est la prévention de la tuberculose. Adénoïdiens opérés, guéris anatomiquement et non physiologiquement ; faux adénoïdiens, adolescents chétifs et malingres, surmenés des collèges et lycées, tous ne deviennent tuberculeux, au moins dans les milieux aisés, que par l'insuffisance du thorax. En leur donnant des poitrines bombées et robustes, la gymnastique respiratoire conduite médicalement, appliquée judicieusement *après les interventions indispensables des spécialistes*, contrôlée par l'auscultation, supprime le péril moderne et fait évanouir le hideux cauchemar des hécatombes d'adolescents.

A PROPOS DE LA LARYNGECTOMIE

Par MM. LE BEC et RÉAL.

Nous tenons, avant tout, à remercier MM. les Directeurs des *Annales* de leur amabilité à accueillir notre réponse. Il est très facile d'expliquer notre apparente ignorance de la dernière communication de Sir Felix Semon. Notre article a été déposé aux *Annales* vers la fin du mois de juin ; le Congrès de Swansea a eu lieu en juillet et la communication de Sir Felix Semon a été publiée dans le *British Medical Journal* du 31 octobre. Notre article a paru dans le numéro des *Annales* du 15 octobre et, sans le grand nombre des travaux envoyé aux *Annales*, il eût paru en juillet.

Nul doute que dans un article composé présentement, notre devoir serait de mentionner le travail de Sir Felix Semon pour dire qu'il n'a pas entraîné notre entière conviction dans le sens souhaité par cet auteur. Il pense que le « véritable état de la question se trouve établi dans le court exposé des résultats de sa propre expérience rapporté au Congrès de Swansea » où il présentait 18 cas de cancers vrais opérés par la thyrotomie sans récurrence locale. C'est là, il faut l'avouer, un bonheur tout particulier que bien d'autres opérateurs reconnaissent ne point partager.

Si nous acceptons sans les discuter les résultats heureux de Sir Felix Semon, nous pensons légitime de tenir compte des statistiques d'autres chirurgiens également compétents, car elles sont inquiétantes pour les partisans de la thyrotomie. Une des plus récentes la condamne ouvertement, c'est celle de Cisneros, rapportée par Botella au Congrès de Madrid de 1903. Nous citons textuellement « huit thyrotomies avec résections

des parties molles, succès opératoires chez tous, mais à l'exception de deux dont on ne sait rien, tous ont récidivé, un presque immédiatement après l'hémilaryngectomie ; chez un autre, au bout de deux mois, survient un cancer de l'estomac ; trois récidivèrent au bout de 4 à 6 mois, un au bout de deux ans », et Botella conclut plus loin : « La thyrotomie, malgré son inocuité relative, doit être rejetée à cause de l'insécurité de ses résultats ». Cette communication nous montre que la thyrotomie est loin d'être, pour tous les laryngologistes, une opération de choix ; elle nous prouve aussi que, contrairement à l'opinion de Sir Felix Semon, la récurrence est à craindre, même après un an de guérison.

D'ailleurs, la laryngectomie n'est plus aussi grave que les thyrotomistes veulent bien le dire. Les statistiques suivantes, empruntées à Bryson Delavan, nous le prouvent (*New-York, Medical Journal*, n° du 8 septembre 1900).

| | | | |
|-----------|-----------|---------------------|--------------|
| Bergmann | 20 opérés | 6 morts opératoires | 5 récidives. |
| Rocher | 7 — | 1 — | 4 — |
| Fischer | 3 — | 1 — | 1 — |
| Chiari | 1 — | 0 — | 0 — |
| Smiegelow | 1 — | 0 — | 0 — |

Sur les 6 cas qu'Harvey publie dans *The Lancet*, le 21 septembre 1901, il n'y a aucun décès opératoire.

Enfin les statistiques de Gluck sont surtout remarquables. Déjà, en 1900, il rapportait 3 séries successives de laryngectomies, l'une de 22 cas, une autre de 26 cas, une troisième de 33 cas, avec mortalités successives de 4,5 % - 8 % et 11 % (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 11, 1900).

Dernièrement, au Congrès de Swansea, il publiait une nouvelle série de 22 laryngectomies totales, dont une seule mort par intoxication iodoformée chez un homme de 70 ans.

Sir Felix Semon parle de « l'existence très peu enviable des malades privés de leur larynx ». Nous ne pouvons mieux faire que de lui opposer l'opinion de Gluck émise dans un article publié dans ce même journal (n° 11, 1900).

« Les malades dont j'ai rapporté les observations ne sont pas seulement rétablis au point de vue clinique, mais encore dans l'acceptation idéale de l'expression. Ils sont rendus à leur

famille et ont repris leurs occupations et leur place dans la société. »

Dernièrement, au Congrès de Swansea, le même auteur ajoute textuellement : « Tout d'abord il faut sauver et prolonger la vie de notre patient ; ne vous inquiétez pas trop de son état post-opératoire. La restitution de la fonction est secondaire, l'essentiel est de dissiper d'abord l'imminence du danger. C'est là ma foi chirurgicale. »

Dans le *New-York Medical Journal* du 8 septembre 1900, M. Mackensie fait les remarques suivantes qui montrent bien qu'au delà de l'Océan on n'est pas unanime non plus à admettre l'opinion de Sir Felix Semon. Nous citons textuellement : « Le principe général du traitement dans le cancer du larynx est suffisamment simple, il est ou doit être celui qui nous guide dans le traitement du cancer en quelque lieu qu'il se trouve dans l'organisme

. . . L'extirpation totale du larynx avec les vaisseaux et ganglions lymphatiques qui en sont tributaires, que ceux-ci soient évidemment malades ou non, est la seule sauvegarde possible contre la récurrence locale ou la métastase. Nous ne pouvons, par aucune autre méthode, donner au malade une assurance suffisante de la prolongation de son existence. »

Ce sont là d'excellents principes de véritable chirurgien. Le cancer doit partout être traité avec la même sévérité. La récurrence est fatale quand on enlève seulement une partie et non la totalité d'un organe cancéreux, sein, utérus, etc. C'est pour cela que la chirurgie donne des résultats déplorables dans les ablations forcément partielles de l'estomac, du foie, etc.

Bien des laryngologistes sont effrayés de la gravité de l'ablation totale. C'est certainement une opération difficile et périlleuse, mais la technique se perfectionne continuellement. Il en sera pour cette opération comme pour les ovariectomies et hystérectomies qui donnaient, il y a quelques années, des résultats décourageants ; actuellement, le taux de la mortalité est descendue à quelques unités pour cent. Les magnifiques statistiques de Gluck sont faites pour fortifier cette espérance. Nous pensons donc que le véritable état de la question n'est pas fixé, comme le croit Sir Felix Semon. Elle est encore à l'étude et l'ablation totale est loin d'être à rejeter.

V

RECHERCHES SUR UN « ALABYRINTHIQUE »

(LABYRINTHLOSEN)

Travail de l'hôpital Stéphanie, de Budapest.

Par **Ferd KLUG.**

I

Les recherches concernant la fonction du labyrinthe datent des expériences de Flourens. Golz (1), en s'appuyant sur les expériences de Flourens, a émis l'hypothèse que les canaux demi-circulaires peuvent être considérés comme l'organe de l'équilibre.

Cette question a été ensuite étudiée par Breuer (2) et Mach (3) et a été résumée dans cette théorie Breuer-Mach, d'après laquelle les canaux semi-circulaires ont comme fonction la perception des mouvements de la tête et du corps. Cette théorie a été adoptée dans la suite par quelques expérimentateurs soit intégralement, soit avec quelques modifications. Ainsi Crumbrownd (4) est complètement d'accord avec Breuer et Mach, tandis que Delage (5), Schitt (6) et d'autres apportent quelques modifications. Mais il y a des expérimentateurs qui contestent le bien fondé de la théorie Mach-Breuer. Lucæ (7), Böttcher (8), Kiesselbach (9), Baginski (10), Sewall (11), Steiner (12), Viguiet (5), Preyer (13) et Ewald (14), se sont occupés de cette question. Ewald, qui a étudié le plus soigneusement la fonction des canaux semi-circulaires, prétend que les muscles se trouvent sous l'action constante du labyrinthe (tonus du

labyrinthe). Biehl (36), après avoir sectionné le nerf vestibulaire d'un animal, a surtout examiné les mouvements de la tête et le nystagmus. Tous ces examens ont été faits sur des animaux.

En 1883 paraît le travail de James (13), dans lequel James contrôle sur des sourds-muets les expériences que Breuer a entreprises sur des animaux. Les résultats observés sur des sourds-muets lui paraissent plus précieux que ceux obtenus sur des animaux après section de l'acoustique. James a remarqué que les sourds-muets paraissent insensibles au vertige rotatoire, leur démarche, les yeux fermés, est incertaine. Chez quelques-uns le manque d'orientation a été très remarquable quand ils plongeaient sous l'eau, c'est-à-dire que les sourds-muets en question ne savaient plus indiquer dans quelle direction était le haut ou le bas.

Breuer a trouvé par ses expériences répétées que c'est le vestibulum qui par le moyen des otholites et les canaux semicirculaires nous fait percevoir la situation de notre tête dans l'espace. Il l'appelle en conséquence l'organe de la statique. En dehors de ces auteurs notons : Schæffer (17), Bonnier (18), Verworn (19), Kreidl (20), Bechterew (24) et Cyon (25). Bientôt, beaucoup d'expérimentateurs ont remarqué la relation qui existe entre l'excitation du labyrinthe et les mouvements des yeux. La régularité du phénomène a paru de plus en plus nette. L'étude des mouvements associés des yeux et leur innervation ont permis de reconnaître les relations entre le labyrinthe et les mouvements des yeux. On trouve les détails de cette question dans le travail de Högyes (21), qui, depuis 1881, s'occupe du mécanisme nerveux des mouvements associés des yeux.

Högyes est arrivé à trouver les voies nerveuses par lesquelles le labyrinthe actionne les mouvements oculaires. Le réflexe qui préside au mouvement inconscient des yeux est inné ; les muscles des yeux se trouvent constamment sous une innervation tonique qui sous forme de réflexe part du labyrinthe. Nous serions entraînés trop loin si nous voulions énumérer en détail les huit conclusions que Högyes tire de ses recherches. Je cite seulement la dernière conclusion, parce que je me suis

basé sur elle. La voici : « La fonction physiologique du mécanisme nerveux des mouvements associés des yeux a pour objet de porter continuellement des réflexes du nerf acoustique vers les troisième, quatrième, sixième paires, réflexes qui, d'après leur qualité, provoquent dans les deux yeux ou un équilibre labile ou des mouvements bilatéraux conformes à la position de la tête. En dehors de ce réflexe bilatéral on ne peut constater aucune fonction automatique de ce mécanisme nerveux. Après la section de la voie centripète (acoustique), il ne naît aucun mouvement oculaire compensateur.

Högyes a encore étudié dans d'autres publications la physiologie du labyrinthe. Dans ces derniers temps il a publié quelques procédés d'examen (22). Marikovsky (23) publie un travail s'occupant de l'action du labyrinthe sur la sensibilité du corps.

Kreidl (20) a d'abord expérimenté sur des animaux et ensuite il a examiné la fonction du labyrinthe chez les sourds-muets (26). Partant du travail de James (15), Kreidl (26) a examiné, avec l'exactitude qui caractérise ses travaux, cent neuf enfants sourds-muets. Dans ses expériences il suppose que le labyrinthe est le plus souvent lésé dans ses fonctions. Kreidl juge de l'état du labyrinthe par les mouvements des yeux ; si les mouvements manquent, il présume une lésion du labyrinthe. Il trouve que les mouvements oculaires manquent chez 50 % des sourds-muets. Ces résultats concordent avec ceux de Mygind (27), qui a trouvé que chez les 2/3 des sourds-muets autopsiés, le labyrinthe était malade.

Kreidl conclut que les mouvements des yeux que nous faisons pendant la rotation de la tête ou du corps, sont des mouvements réflexes compensateurs et le réflexe part des canaux semi-circulaires ; ces canaux semi-circulaires sont l'organe percepteur pour les rotations de la tête et du corps.

James (15) a constaté que sur vingt-cinq sourds-muets plongeant sous l'eau, seize perdent la faculté de s'orienter sous l'eau. James et Breuer (16) concluent de cette expérience que les sourds-muets ne possèdent pas d'otolithes. Kreidl a examiné comment les sourds-muets se trouvent dans la position verticale. Si l'homme normal, en exécutant un mouvement

rapide de rotation, a une sensation différente de la position verticale, les sourds-muets doivent dans les mêmes conditions ressentir d'autres sensations. Kreidl a examiné soixante-deux personnes, parmi lesquelles treize sourds-muets n'ont pas été exposés à une erreur dans la position verticale. Enfin Kreidl a examiné la démarche de ces personnes pendant qu'elles tenaient les yeux tantôt ouverts, tantôt fermés.

Kreidl a trouvé que les sourds-muets ont une démarche large, ils chancellent les yeux fermés, ils ne gardent pas la même direction. Ils ne peuvent pas se tenir sur un pied, les yeux fermés, ne peuvent pas se tenir sur une barre. Kreidl mentionne une personne qui entendait bien et qui néanmoins offrait les mêmes symptômes que si elle n'avait pas eu de labyrinthe. Il suppose que chez cette femme les otolithes étaient ou absents ou défectueux, ce qui a d'autant plus d'intérêt que le sujet était tout à fait normal autrement.

Pollak (28) qui a examiné des sourds-muets est parti des expériences que Hitzig (29) et Kug (30) ont faites par la galvanisation de la tête et qu'on appelle aujourd'hui vertige voltaïque. Ce vertige est produit par une excitation de l'appareil vestibulaire par le courant galvanique.

Pollak a trouvé que, chez les personnes saines, la tête se tourne à la fermeture du courant vers l'anode, à la rupture vers la cathode. Pendant le passage du courant, les yeux faisaient des mouvements de nystagmus. Les sourds-muets montrent une insensibilité remarquable pendant ces mêmes expériences. Des enfants âgés de 8-15 ans n'ont pas eu le moindre vertige au passage des courants de 15 à 22 M. A. Sur quatre-vingt-deux sourds-muets, les mouvements des yeux et de la tête ont manqué dans 29,3 % des cas. Pollak a examiné les mêmes personnes sur lesquelles Kreidl a fait ses expériences ; il est arrivé aux mêmes résultats. Il a trouvé que la galvanisation de la tête des sourds-muets ne provoque pas de mouvements de tête ni des yeux chez 30 % des cas examinés, et que dans 6 % l'un ou l'autre mouvement manque seul.

Ces expériences trouvent une explication dans les recherches de Mygind, d'après lequel le vestibule et les canaux circulaires sont absents ou endommagés chez les sourds-muets.

Mygind a fait cette constatation après avoir examiné 118 cas. Le vestibule et le limaçon sont aussi souvent malades l'un que l'autre, dans 40 % des cas ; les canaux semi-circulaires un peu plus souvent, 50 %. Moos (31) a trouvé le même pourcentage. En terminant, Pollak conclut : « L'excitation de l'appareil vestibulaire provoque chez l'homme sain des mouvements typiques des yeux et de la tête. L'absence de ces mouvements chez 30 % des sourds-muets plaide en faveur de l'opinion de Breuer, concernant la fonction des canaux circulaires et des otolithes. La majorité des sourds-muets ne montrent pas de mouvements oculaires quand on les expose à la rotation par le carrousel ou le disque rotatoire ; ils ne se trompent pas sur la direction verticale, le signe caractéristique du vertige voltaïque manque : tout ceci permet de dire que les phénomènes de ces deux groupes ont une cause commune, à savoir l'absence de la fonction vestibulaire.

Les constatations déjà mentionnées de James (15), d'après lesquelles les sourds-muets perdent sous l'eau le pouvoir de s'orienter, amènent Mach (32) à conclure que chez les sourds-muets le vrai organe de l'équilibre reste dans l'arrière-plan et que ces individus se servent plutôt de leurs sens auxiliaires d'orientation du sens visuel et tactile. Nous aurions tort, croit Mach, de supposer que nous percevons l'équilibre seulement par les canaux circulaires. A l'appui, il cite le cas des animaux qui ont le sens de l'orientation malgré l'absence des canaux circulaires. Nous verrons dans la suite que mon expérience plaide aussi pour cette opinion. Ewald (14) de même suppose que le cervelet, les yeux et le cerveau peuvent suppléer le labyrinthe dans sa fonction.

Panse (34) croit aussi que l'orientation dans l'espace se fait par les trois voies énumérées par Mach : la vision, le labyrinthe et le sens kynesthésique, c'est-à-dire le sens musculaire et tactile. En partant de là, Panse examine la physiologie et la pathologie du vertige. La branche vestibulaire du nerf acoustique nous fait percevoir la position de notre corps dans l'espace. Panse étudie minutieusement le parcours du nerf vestibulaire, ses anastomoses, les voies auxiliaires, les centres dans le cervelet, la moelle allongée, le cerveau. Ensuite il s'occupe des variétés causées par des conditions pathologiques.

Voilà tout ce que nous possédons en expériences et connaissances sur cette question jusqu'à présent ; j'en ai fait un résumé pour faciliter la comparaison des constatations jusqu'ici faites avec mes observations.

II

Partant du point de vue pathologique, nous trouvons mentionnés dans les lésions du labyrinthe et le cortège symptomatique de cette lésion, par exemple, paralysie du facial, nystagmus, vertige labyrinthique et la suppuration de la pointe du pyramidal (l'abcès profond de Jansen). La nécrose et l'expulsion unilatérales du labyrinthe sont mentionnées par différents auteurs, mais je ne connais que trois cas dans la littérature où pareil accident est survenu des deux côtés.

Les observations faites sur ces cas pathologiques confirment en beaucoup de points les constatations faites par des expériences physiologiques. Les données de pathologie et de physiologie nous permettent aujourd'hui de diagnostiquer les lésions du labyrinthe (publications de Jansen, von Stein, Hinsberg etc.).

Jansen (36) a observé quelques cas typiques de labyrinthites ; chez quatre-vingt-dix-sept malades il a vu des fistules conduire sur le canal horizontal. Il décrit la suppuration du labyrinthe et les complications qui peuvent accompagner cette suppuration. Il donne le procédé opératoire et ses résultats et énumère les indications de l'opération qu'il résume en quatre points. Jansen a eu l'impression chez une partie de ces malades, avec lésion des canaux circulaires, que le nystagmus se fait du côté sain, comme si le malade était tourné vers son côté sain. Jansen a pu faire concorder ses constatations avec les expériences de physiologie.

Panse (34), dans son travail sus-mentionné, a fait la même constatation. Il a observé le nystagmus chez deux individus chez lesquels les canaux circulaires ont été blessés pendant l'opération. Il dit qu'en examinant les cas publiés dans la littérature et les siens on ne peut pas juger d'après les mouvements des yeux et de la tête quelle est la partie lésée du labyrinthe.

La question du trouble de l'équilibre dans les otopathies a été étudiée par von Stein (37). Dans sa publication il cite des observations instructives de labyrinthites. En s'appuyant sur ces observations et sur la littérature, l'auteur cherche une réponse à cette question concernant l'équilibre. Il a examiné des sujets sains et malades. La fonction statique et dynamique des muscles a été étudiée séparément. Enfin von Stein en donne les 12 conclusions suivantes :

1° Des troubles existent, les yeux fermés, avec absence d'ataxie et altération de la sensibilité ; 2° les yeux ouverts, les mouvements rapides ne sont jamais corrects, mais souvent hésitants et incertains ; 3° les troubles se manifestent surtout dans certaines positions et directions ; 4° la distribution sur les deux extrémités inférieures est inégale ; 5° polymorphie des troubles moteurs ; 6° fatigue rapide par les mouvements, surtout les yeux fermés ; 7° expériences sur le goniomètre, le plan légèrement incliné : montée par saccades, petit angle d'inclinaison ; 8° dureté de l'oreille ou autre otopathie naissant en même temps ; 9° bourdonnements d'oreille et diminution de l'audition ; 10° une rhinopathie ; 11° vertiges à la suite des maladies des nerfs ou des yeux ; 12° en tombant le malade garde sa conscience, qui se trouble quelquefois seulement légèrement. Je crois intéressant de citer ces points parce qu'on les trouvera presque tous dans mon cas.

Hinsberg (38) a également étudié en détail ces suppurations du labyrinthe. Comme les autres il insiste sur la nécrose du labyrinthe après la scarlatine. Ces labyrinthites ont une marche rapide, due à la virulence des microbes.

Habermann (34) a examiné la labyrinthite, suite des otites aiguës. Politzer (40) cite dans son livre un cas où une grande partie du labyrinthe séquestrée a été expulsée. Bezold (41) a trouvé dans 0,4 % des cas d'otopathies, une nécrose du labyrinthe. Il cite 41 cas, collectionnés dans la littérature, et 5 cas de son observation personnelle. Dans ce travail, Bezold s'étend sur la paralysie du facial dans la nécrose du labyrinthe. Par ses recherches, il constate : 1° l'expulsion du méat interne de l'acoustique, détruit complètement — ainsi qu'on pouvait s'y attendre — la fonction du facial ; 2° la nécrose du limaçon ne

met pas constamment le facial en danger ; 3° la nécrose totale du labyrinthe occasionne généralement, mais pas régulièrement, une paralysie définitive du facial. Bezold étudie encore dans ce travail le pouvoir régénérateur du facial.

La nécrose du labyrinthe est souvent compliquée par un abcès extra-dural. C'est Pansen (43) qui en a donné le premier une bonne description ; depuis cet abcès a été souvent décrit comme complication de la suppuration du labyrinthe. Je ne veux pas parler des autres complications de la suppuration du labyrinthe (abcès du cervelet, méningite, etc.) parce qu'elles n'ont rien à faire avec mon cas, mais il a fallu citer l'abcès profond de Jansen parce que mon cas en présente aussi un exemple.

La nécrose et l'expulsion totale ou partielle du labyrinthe ont été souvent décrites, mais elles n'ont été observées que d'un côté de l'oreille seulement (cas de Michael, Guye, Moos, Politzer (40), etc.). Dans le cas de Politzer, le limaçon a été expulsé en totalité. Dans tous ces cas le labyrinthe s'est éliminé en partie seulement. Les cas où le labyrinthe entier est devenu séquestre sont moins nombreux mais pas très rares. Les auteurs suivants ont publié des cas d'élimination du labyrinthe. Wilde, Roosa et Emerson, Dermert, Gottstein (44), Crampton, Toynbee, Pomeroy, Haug (45), Böke, Voltolini, Agnew, Barr, Mygind, etc. Dans le cas de Toynbee, le labyrinthe entier et le canal du facial ont été expulsés. Dans le cas de Gottstein, le malade a été guéri après extraction du limaçon et des canaux circulaires. Mygind (46) donne une description de l'anatomie pathologique de la labyrinthite d'après son cas, où il y avait double otorrhée et double suppuration du labyrinthe. Le malade est mort de méningite.

Les cas de nécrose du labyrinthe sont cités dans le travail sus-mentionnés de Bezold (42). Il a trouvé 41 cas dans la littérature, ajouté 5 cas personnels et dans une publication ultérieure décrit encore 3 cas nouveaux. Du tableau de Bezold résulte que dans 20 % les malades atteints de nécrose du labyrinthe meurent par les complications du côté du cerveau ou des sinus.

Tous les cas dont j'ai parlé jusqu'à présent concernent la nécrose unilatérale du labyrinthe. Dans la littérature j'ai trouvé

la description de trois cas où la nécrose, totale ou partielle, a frappé les deux labyrinthes. Gruber (47) décrit le cas d'un garçon de 12 ans qui a survécu à l'expulsion de ses deux labyrinthes. Sa santé générale est restée bonne; l'apparition de vertiges n'est pas mentionnée; l'enfant était complètement sourd et est devenu dans la suite muet aussi. Le facial est resté intact des deux côtés. On ne mentionne pas si l'otorrhée a disparu.

Le deuxième cas appartient à Max (48). Il est question d'une personne adulte, intelligente; ses remarques sur la diminution lente de l'ouïe sont intéressantes. La malade est devenue complètement sourde. La pièce expulsée est constituée par le limaçon dont les différentes parties pouvaient être nettement distinguées. Le facial était intéressé des deux côtés, à gauche par une paralysie complète, à droite par une parésie seulement. La muqueuse du nez était malade également, elle était couverte par des sécrétions gris verdâtre, faciles à déterger; la pituitaire était légèrement atrophiée. Quant au vertige, l'auteur dit que, du jour où le deuxième côté a été atteint par la maladie, le vertige est devenu tellement manifeste que le malade était dans l'impossibilité de faire aucun mouvement de crainte de tomber. Ce trouble de l'équilibre s'est lentement dissipé, il ne paraît plus que dans la marche rapide. Le jour, la démarche est absolument sûre, mais le soir ou dans le crépuscule, le malade ressent parfois des vertiges pendant la promenade. Avec le temps, le malade pouvait fermer les yeux sans avoir du vertige dans la position verticale. D'après l'auteur, l'équilibre est maintenu par les sensations visuelles et tactiles et le sens musculaire; mais le manque de canaux circulaires des deux côtés se fait toujours sentir. Le malade de Max est mort dans la suite de méningite.

Enfin, le troisième cas de Herzfeld (49) concerne un garçon de 9 ans $1/2$ chez lequel l'otalgie, la paralysie faciale et la surdité ont apparu à la fois. Le labyrinthe a été expulsé 1 mois $1/2$ après le début de la maladie. Le séquestre du côté gauche contenait le canal horizontal entier, une partie du canal supérieur et postérieur, à droite la carie n'a frappé que le canal horizontal. La description montre que la nécrose a été bilatérale mais pas totale.

On voit qu'aucun des cas n'a été usité pour les recherches de la fonction du labyrinthe. Le cas de Max est mort de méningite consécutive ; le cas de Gruber a survécu, mais on peut se demander si la maladie de l'oreille a été guérie ; on n'a pas observé quelles étaient les pertes fonctionnelles après l'expulsion du labyrinthe. Le cas de Herzfeld a guéri, mais n'a pas été examiné au point de vue qui nous regarde. Dans mon cas, le labyrinthe a été expulsé en totalité des deux côtés ; le malade a été guéri par une opération ; la plaie opératoire est complètement cicatrisée, depuis dix mois il n'y a plus d'otorrhée. C'est sur un tel sujet que j'ai institué les expériences que je veux relater maintenant.

III

L'histoire de la maladie est la suivante :

G. R., âgé de 6 ans, a été reçu à l'hôpital le 12 septembre 1901. Les parents de l'enfant sont bien portants, il n'y a aucun indice de tuberculose. L'enfant a fait une scarlatine grave neuf semaines avant son admission à l'hôpital. Depuis quatre semaines il est atteint d'otorrhée des deux côtés.

L'enfant était, au moment de son admission, très faible, très amaigri, de couleur pâle. Les yeux réagissent bien à la lumière, le fond de l'œil est normal, pas de nystagmus. Bouche, pharynx normaux. Végétations adénoïdes dans le cavum. Les cavités nasales remplies d'une abondante sécrétion fétide. Respiration nasale difficile. Les organes thoraciques et les viscères sont normaux. L'enfant est apathique, dort presque continuellement, ne s'intéresse à rien et reste immobile au lit. L'intelligence est diminuée. L'enfant ne parle pas, ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Pas de phénomènes d'excitation. Le sommeil est tranquille. La démarche, autant qu'on peut en juger chez cet enfant affaibli, est chancelante, par l'affaiblissement de l'état général autant que par le trouble de l'équilibre. On ne peut pas examiner l'ataxie, ni les phénomènes de vertige chez ce petit affaibli. Les réflexes pupillaires comme tous les réflexes sont exagérés. Pas de symptômes de l'augmentation de la pression cérébrale. Les urines sont normales, pas d'albumine ni sucre.

Le pouls est fréquent, pas tendu, battant de 120 à 130 à la minute. Pas de fièvre. On ne peut pas examiner le nerf facial, mais il paraît qu'il existe une paralysie des deux côtés. Les plis de la figure sont complètement effacés, aplatis, il n'y a aucun jeu de physionomie, les yeux sont constamment ouverts à moitié.

Le pavillon de l'oreille gauche est distant, mince, exsangue. Le conduit externe est concentriquement rétréci; on ne peut pas voir le tympan. Dans le conduit est amassé du pus abondant très fétide, de couleur jaune verdâtre. Sur le planum de l'apophyse mastoïde existe une tumeur du volume d'une noisette, recouverte d'une peau mince et rouge. La tumeur est fluctuante.

Le pavillon de l'oreille droite est normal, le conduit externe moins rétréci. La sécrétion est très abondante et fétide. On ne voit rien du tympan ni des osselets. La caisse est remplie de granulations grisâtres. Sur l'apophyse aucune modification, aucune sensibilité. Les épreuves de l'ouïe ne peuvent pas être faites sur un enfant affaibli et d'intelligence amoindrie. L'enfant ne réagit à aucun bruit ni à aucun son.

En raison de l'état de l'enfant, je me suis décidé à opérer une seule oreille seulement, l'oreille gauche. Le 14 septembre, l'opération a été exécutée sous l'anesthésie chloroformique. Incision cutanée parallèle du pavillon sur la hauteur de la tumeur, d'une longueur de 8 à 10 centimètres. Perpendiculaire sur cette incision une autre longue de 2 centimètres, allant en arrière. Le périoste est détruit. Sur le planum mastoïdien poussent des granulations grisâtres recouvertes de pus fétide. Après le grattage de ces fongosités on tombe sur un grand séquestre qu'on enlève à la pince. La brèche osseuse, lavée au lysol, nous permet une vue dans la fosse cérébrale moyenne et postérieure. La dure-mère était couverte de granulations grisâtres. Les fosses cérébrales antérieure et postérieure étaient séparées entre elles par une mince cloison osseuse au dessous de laquelle j'ai vu du pus. J'enlève la plus grande partie de cette cloison avec la pince à os de Jansen. Je sépare la dure-mère avec un élévateur du restant de cloison et je vide ainsi encore la quantité de 1 centimètre cube de pus. Dans la profondeur, en sondant prudemment, on sent un autre os nécrosé; pendant que je le remue, du pus apparaît. J'enlève alors ce séquestre et je trouve qu'il contient le labyrinthe. Derrière ce séquestre, donc derrière le labyrinthe, il se trouve un nouveau foyer de suppuration (abcès profond de Jansen). Pendant ce temps le malade s'affaiblissait beaucoup, son pouls devenait faible. J'interromps ici l'opération que je termine par un tamponnement à

la gaze iodoformée. Après l'opération on administre à l'enfant une injection sous-cutanée de 80 grammes. L'enfant se réveille après une demi-heure de sommeil. Son aspect est satisfaisant, l'appétit est bon, il est sans fièvre.

Dans le séquestre enlevé, j'ai pu reconnaître le limaçon, une partie des canaux circulaires, le promontoire, le vestibulum et une partie de la caisse.

Le reste formait une masse poreuse qui s'est vite désagrégée.

24 septembre. — Changement du pansement tous les deux jours. L'état général de l'enfant a toujours été meilleur qu'au moment de son admission à l'hôpital. Dans la plaie il y a du pus, les granulations tombent de la dure-mère, qui se nettoie. Température est de 38°, l'enfant est dans le sopor, sa conscience est troublée, la respiration accélérée (42). Les pupilles sont égales, réagissent à la lumière. Le pouls est petit, rythmique, accéléré (150). Les réflexes papillaires sont exagérés, pas d'autres troubles nerveux.

10 octobre. — L'enfant est sans fièvre depuis le 30 septembre. A gauche la paralysie faciale est complète, l'examen électrique montre une paralysie complète de toutes les branches. A droite, le facial est seulement parésié, le pli naso-labial est effacé, mais pas autant qu'à gauche. Les yeux ne peuvent pas être fermés ni à droite ni à gauche, un peu d'épiphora, les mouvements des yeux sont bons, le fond de l'œil est normal. Dans la profondeur de la plaie on voit des granulations d'un rouge vif, la sécrétion est modérée. Changement du pansement tous les deux jours. L'état général est un peu meilleur que dans les premiers jours, l'enfant est moins abattu, pas aussi somnolent, quoique toujours très affaibli. L'appétit est bon, le pouls fréquent (130). Le nez est dans le même état. On lave et badigeonne le nez à la glycérine iodée. L'état de l'oreille droite est sans changement, la sécrétion fétide a augmenté depuis 8 jours. Dans le conduit externe des granulations grisâtres.

11 octobre. — Opération de l'oreille droite. Chloroforme. Incision cutanée typique. Le corps de l'apophyse est remplacé par des fongosités et des débris osseux. Curettage et entrée dans l'antre. Seule la paroi postérieure du conduit reste intacte, il faut la faire sauter à la gouge et au maillet. Le toit de la caisse et de l'antre est complètement détruit par la nécrose. Après ablation on voit la dure-mère par une brèche large comme une pièce de un franc. La plus grande partie de l'apophyse, remplie par des séquestres et du pus, est enlevée et on a accès ainsi dans la cavité cérébrale postérieure. En même temps une partie du sinus est ouverte. En

nettoyant la caisse j'entre à travers les granulations, dans la direction du *vestibulum*, jusqu'au *porus* interne de l'acoustique. Ici on tombe également sur des masses granuleuses, mélangées de pus et de débris osseux. Après nettoyage il reste un trou profond en forme d'entonnoir, qui correspond à la configuration de la *pars petiosa*; dans la profondeur la dure-mère est découverte dans la cavité cérébrale postérieure et moyenne. Les parties enlevées sont constituées par des débris osseux parmi lesquels on ne peut pas reconnaître le limaçon ni une autre partie du labyrinthe. Nouveau nettoyage de la plaie, tamponnement par la gaze iodiformée, pansement.

29 octobre. — Le malade est constamment sans fièvre. Changement du pansement tous les deux jours. A gauche la plaie fait des progrès vers la guérison, à droite quelques granulations rouges se montrent. La sécrétion est peu intense. L'état général visiblement meilleur. L'enfant est plus vif, remue, son intelligence est augmentée, l'appétit est bon. L'ouïe manque complètement, l'enfant lit sur la bouche. Sa voix est nasale, quelques paroles sont incompréhensibles. La respiration se fait difficilement par la bouche ouverte. La sécrétion nasale est gluante. Lavage du nez à l'eau boriquée. Le malade se lève pour la première fois aujourd'hui. La démarche est chancelante, il ne peut marcher que soutenu ou appuyé contre des résistances fixes. Sommeil bon.

18 novembre. — Température 38-38°. Le corps rempli d'une éruption de varicelle. Etat général, sommeil, appétit bons. La démarche est large. Dans les mouvements aucun trouble de la coordination.

25 novembre. — Dans la narcose chloroformique les granulations exubérantes à gauche sont grattées. On obtient de nouveau un orifice en forme d'entonnoir. Dans le conduit externe plastique, d'après Panse, thierschisation de la plaie par trois lambeaux enlevés du bras. Tamponnement. A droite les granulations ont été grattées également. Plastique, d'après Siebenmann, du conduit et du pavillon. Suture de la plaie rétro-auriculaire. Par le conduit ainsi élargi on procède à la greffe des parties profondes, d'après Thiersch. Tamponnement. Pansement. Ablation des adénoïdes.

1^{er} décembre. — Changement du pansement. Un des lambeaux, à gauche, paraît bien implanté, les deux autres n'ont pas pris. A droite les deux greffes ont pris et celle du conduit et celle d'après Thiersch. Etat général bon.

3 janvier 1903. — Le malade sans fièvre, il s'amuse, joue avec les autres enfants. Aucun jeu de physionomie; lagophthalmus; mais les yeux sont fermés pendant le sommeil. L'enfant parle peu

et pousse plutôt des sons inarticulés. La respiration nasale est plus libre. La suppuration nasale est encore abondante ; on continue les lavages du nez ; depuis une semaine on fait un spray à la cocaïne et à l'eau boriquée dans le nez. Mais l'enfant arrache souvent le pansement, en conséquence les plaies et les conduits sont rétrécis. Aujourd'hui la température est de $38^{\circ},4$. Le pouls, 136. L'enfant est fatigué. Dans la région de la première molaire inférieure, à droite, une collection de pus. Ouverture de l'abcès et extraction de la dent. Le pharynx est injecté, sur la muqueuse de la joue signe de Koplik. Au bout de trois jours, éruption de rougeole.

17 janvier. — La rougeole est guérie, mais la fièvre continue. La température est irrégulière jusqu'au 26 janvier. Aucun symptôme indiquant une thrombose du sinus ou une affection cérébrale. Catarrhe des bronches et diarrhée abondante. Urines normales. L'examen du sang, au point de vue des plasmodies est négatif ; quelques cellules éosinophiles.

A partir du 27 janvier, le malade est sans fièvre. Les selles sont normales, la bronchite a disparu. Des deux côtés l'ouverture rétro-auriculaire est fermée, les conduits sont un peu rétrécis, la plaie complètement épidermée : il n'y a pas de trace de suppuration ou de sécrétion. Les plaies opératoires paraissent guéries.

17 mars. — L'enfant est sans fièvre jusqu'à ce jour, se trouve bien. Il n'entend rien et parle peu. L'appétit est bon. Aucune mimique. La sécrétion nasale diminue. Aujourd'hui, subitement, la température s'élève à 40° . Dans le lobe inférieur du poumon gauche une pneumonie. La pneumonie dure jusqu'au 21 mars. Depuis l'enfant reste en bonne santé générale, mais il a à lutter contre une conjonctivite qui provoque un épiphora continuel, mais faible et un ectropion. Comme les conjonctivites ne cèdent à aucun traitement et pour guérir l'ectropion causé par la paralysie faciale on exécute sur les deux yeux une blépharoplastie d'après Szymanovsky.

25 mars. — La conjonctivite a disparu depuis l'opération. Les plaies opératoires sont complètement guéries. Surdité complète s'accompagnant de mutité de plus en plus prononcée. Paralysie faciale bilatérale. La figure est pareillement effacée, plate, sans aucune expression. Quand l'enfant rit, il a l'air de rire derrière un masque. L'excitation électrique reste sans réaction. Les yeux sont constamment ouverts, mais ils se ferment pendant le sommeil. La sécrétion nasale a beaucoup diminué et est plutôt muqueuse que purulente. L'enfant ne chancelle pas, il court bien,

on remarque une légère incertitude seulement quand il exécute un mouvement rapide pour se baisser ou tourner. Il joue avec les autres petits malades, se fait comprendre, mange bien. C'est dans cet état qu'il quitte aujourd'hui l'hôpital pour une école de sourds-muets.

Ce cas est intéressant non seulement parce que c'est le quatrième cas connu dans la littérature, mais aussi par son évolution. On sait que la nécrose du labyrinthe se montre seulement plusieurs mois après le commencement d'une otite. Dans le cas de Herzfeld, le canal horizontal a été expulsé dans la sixième semaine. Dans mon cas, le labyrinthe s'est nécrosé de deux côtés déjà, dans la quatrième semaine de l'otorrhée. Du côté gauche existait près du séquestre l'abcès profond décrit par Jansen. A droite, l'os, le pus, les granulations ont formé une masse indistincte. Les douze symptômes de la labyrinthite indiqués par von Stein (37) étaient réunis sans exception, ainsi qu'on a pu le voir par l'histoire de la maladie et qu'on verra encore dans la suite. L'enfant a bien supporté les interventions opératoires et sa santé s'est améliorée après les deux opérations sur l'oreille. La paralysie faciale était totale d'un côté et presque totale de l'autre. L'épiphora, qui accompagne la section du facial d'après les expériences de Herzen Stein, Wolferz et autres, ne manquait pas. J'ai souvent remarqué que dans le sommeil les yeux étaient fermés et j'explique ce phénomène d'après Herzfeld (49) par le relâchement des muscles lisses, innervés par le sympathique. La surdité était complète, l'enfant n'entendait ni les sons musicaux ni les bruits. La parole disparaissait de plus en plus et était bientôt réduite à quelques mots. La guérison de l'opération a été complète quoique les plaies ne guérissaient pas normalement.

L'enfant arrachait le pansement et sortait les tampons remplissant la plaie. Enfin c'est une démonstration intéressante de la résistance de l'organisme infantile : après l'opération de sa grave otopathie l'enfant a successivement eu à subir la varicelle, la rougeole, une forte bronchite, une entérite aiguë, une pneumonie. Malgré tout cela, l'enfant a quitté l'hôpital guéri.

IV

Les expériences concernant la fonction du labyrinthe ont été faites, comme nous avons vu, ou sur des animaux ou des sourds-muets. Une grande partie des sourds-muets, à peu près 50 %, présentent des phénomènes concordant avec ceux observés sur les animaux ; le pourcentage est aussi celui des sourd-muets avec déficiences du labyrinthe constatées à l'autopsie. Mais ces résultats, pour être absolument démonstratifs, demandent à être confirmés par des expériences faites sur des personnes ne possédant pas de labyrinthe. Il m'a paru donc utile de répéter sur mon malade les expériences qu'on avait instituées sur des sourds-muets.

J'ai commencé mes expériences après la guérison de l'enfant. Comme l'enfant ne pouvait ni écrire, ni assez bien parler pour me rendre compte de ses sensations, il m'a fallu me limiter sur ce qui était objectivement saisissable. De même je ne pouvais pas faire avec l'enfant les expériences que Kreidl a faites pour mesurer les erreurs dans le plan vertical ; l'enfant n'aurait pas même compris ce qu'il fallait observer. Au début, l'enfant était timide, mais il a vite appris à vaincre sa timidité et il a fini par bien vouloir se prêter à chaque expérience. Je me suis arrangé à faire chaque expérience d'abord avec un enfant sain et de même âge (J.) ; mon petit malade (Cs.), qui le regardait faire, s'efforçait de l'imiter d'autant qu'après chaque expérience il y avait la petite récompense. Cs. se donnait beaucoup de mal pour faire aussi bien que J.

Mes expériences ont donné les résultats suivants :

1° J. est dans un bain. Il s'amuse, saisit bien les objets qu'on lui tend et dans l'eau et hors de l'eau. Il exécute un plongeon sans hésitation. Tous ses mouvements se font aussi bien les yeux ouverts que fermés. Il ne trahit aucune crainte, aucune incertitude. Il se lève, il s'assoit facilement dans l'eau, les yeux ouverts ou fermés.

Cs. est moins amusé dans l'eau. Sa figure, pourtant sans mimique, trahit la peur. Les yeux fixent un point dont ils se dé-

tourment difficilement et seulement attirés par des objets qui l'intéressent particulièrement.

Cs. reste dans l'eau sans faire de mouvements, à peine s'il remue l'un ou l'autre membre. Si je lui présente hors de l'eau un objet aimé, il lève prudemment le bras dans l'eau, mais sorti de l'eau il le tend sans hésitation vers l'objet. Si on lui tend l'objet plongé dans l'eau, il tâtonne et le saisit tout en le cherchant. Si je veux plonger ses épaules sous l'eau, il crie et résiste en raidissant tous ses muscles. A aucun prix Cs. ne veut exécuter le plongeon. Les yeux fermés, il reste immobile et rien ne pourrait le décider à exécuter un mouvement. S'il faut se lever du bain, il sort prudemment ses bras et prend un appui solide sur les bords de la baignoire. J. s'appuie sur ses bras sous l'eau et se lève ainsi ; Cs. ne peut pas se décider à en faire autant. La sensation de l'incertitude est marquée sur ce que fait l'enfant. J'ai souvent répété ces expériences, le résultat a été le même. La crainte a diminué un peu avec le temps, Cs. s'est habitué à entrer sans peur dans la baignoire, mais dans l'eau il a toujours offert le même spectacle. Quand on place Cs. debout dans la baignoire, si on lui dit de s'asseoir, il s'appuie sur les bords de la baignoire et s'assoit lentement, avec précaution. Si la baignoire est vide, il se comporte dans la baignoire comme en dehors d'elle. Donc, l'incertitude dans l'eau était un phénomène remarquable et constant chez Cs.

2° J. se promène les yeux fermés aussi bien que les yeux ouverts. Sur une distance de 5 mètres, J. garde bien sa direction et marche droit sur le but ; je répète cette expérience avec le même résultat autant de fois que je veux. J. reste les yeux ouverts ou fermés, sur un pied, sans bouger. Cs. marche quand il tient les yeux ouverts, les jambes largement écartées ; il se dirige bien vers le but indiqué dans n'importe quelle distance. Comme nous l'avons vu dans l'histoire de sa maladie, il court, il joue, ses mouvements sont normaux. Ce qui paraît anormal est seulement la base large sur laquelle il se tient. Quand il monte l'escalier, ce phénomène est encore plus net. Il marche bien les yeux fermés, seulement lentement et il chancelle un peu. Mais il ne garde pas la direction ; sur une distance de 5 mètres il s'éloigne d'un angle de 30 à 45° du but qu'il con-

naît. Il dévie surtout à droite. Sur vingt-deux essais, Cs. n'a gardé que deux fois la direction, quatorze fois il a dévié à droite, six fois à gauche. Goldberg (51) parle des expériences d'après lesquelles des hommes et des animaux, non influencés par des sensations externes, par exemple dans le brouillard, ou quand on leur ferme les yeux, se tournent dans un cercle. Le diamètre de ce cercle est de plusieurs kilomètres; le côté interne est celui où la musculature est mieux développée. Dans notre expérience, toute sensation auditive qui aurait pu aider l'un des enfants était rigoureusement exclue. La grande différence qui existe entre les deux expériences faites avec J. et Cs. parle en faveur de l'idée, qu'après exclusion du sens visuel, il manque à Cs. un organe auxiliaire important, qui fonctionne bien chez J. Sur une distance de 5 mètres, J. ne montrait pas de trace de mouvement circulaire, tandis que Cs. déviait de 40 à 45° de la direction initiale. Ici nous rencontrons un signe qui dénote le labyrinthe comme organe d'orientation.

Cs. ne peut pas se tenir sur un pied, même quand il a les yeux ouverts; sitôt que l'appui lui manque, il pose son deuxième pied par terre; s'il peut s'appuyer, il se tient bien sur un seul pied.

3° J'ai examiné également le vertige voltaïque. J. a ressenti, pendant le passage de courant, du vertige et une sensation lumineuse. La tête et l'enfant entier se penchèrent à la fermeture vers la cathode, les yeux se dirigèrent lentement vers l'anode pour retourner brusquement dans leur position initiale, ce qui correspond à un nystagmus horizontal. Cs. eut d'abord peur de l'électricité, mais il finit par la supporter tranquillement. Ici aucune manifestation visible du passage du courant. Les yeux se meuvent normalement, ils ne se tournent pas vers l'anode, aucun nystagmus, le corps ne se penche pas d'un côté ou de l'autre. Le résultat a été le même à chaque reprise de l'expérience. Pour exécuter l'expérience, j'appliquai les deux électrodes mouillées symétriquement aux tempes du sujet examiné; l'intensité du courant était de 15 M. A.

4° Pour examiner le vertige rotatoire, je me suis servi d'un appareil ressemblant à celui construit par Kreidl. L'enfant est placé sur une balance fixée à des cordes longues; les deux

cordes sont enroulées l'une sur l'autre et ensuite lâchées. La balance se tourne avec l'enfant pendant que les cordes se déroulent et le mouvement est d'autant plus rapide que les cordes ont été plus intimement nouées. Cet appareil se trouve dans l'institut du prof. Högyes auquel je dis mes remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a mis cet appareil à ma disposition et l'intérêt qu'il a témoigné à mes expériences. J. montrait une grande insécurité pendant la rotation : quand la rotation se faisait vite, il avait un nystagmus horizontal ; après la rotation, J. restait quelques instants troublé et regardait fixement autour de lui ; mais on ne pouvait pas remarquer des mouvements persistants de la tête ni des yeux, probablement parce que la rotation n'a pas été assez rapide. J. se plaignait beaucoup de vertiges.

Chez Cs. il n'y avait rien à noter ni pendant ni après la rotation. Ses yeux n'offraient aucun mouvement irrégulier ni pendant l'expérience ni après. L'enfant supportait tranquillement la rotation la plus rapide et ne témoignait par aucun signe que le mouvement lui procurait un désagrément. Pendant la rotation, aucun mouvement de la tête, ni du nystagmus ; aucune trace de mouvement persistant après la rotation. Si l'on arrêtait brusquement la rotation, rien à remarquer ; même après une longue rotation, l'enfant regardait sans aucun trouble autour de lui ; la fixité du regard manquait. Quand on ôte Cs. de la balance, il reste tranquille, il ne chancelle pas. Donc cet enfant ne présente pas le vertige rotatoire.

Ces constatations concordent avec ce que les expériences sur les animaux ont montré, elles corroborent aussi les constatations faites sur les sourds-muets par Kreidl et Pollak. Mes expériences confirment :

1° Tout ce qui a été reconnu par les travaux des dernières années comme fonction du labyrinthe. Le manque de mouvements des yeux et de la tête plaide pour cette fonction des canaux semi-circulaires et de l'appareil des otolithes d'après Breuer.

2° Elles confirment la supposition de Mygind d'après laquelle chez les sourds-muets qu'il a examinés le labyrinthe était défectueux ou manquait.

3° Mon malade pouvait garder la direction quand il avait les yeux ouverts, il déviait de la direction, les yeux fermés ; il ne pouvait pas se tenir sur un pied, il ne se sentait pas sûr sous l'eau (occlusion du sens musculaire et tactile) : tout ceci prouve que chez l'homme la fonction de l'appareil sus-nommé peut être remplacé par le sens visuel, musculaire et tactile.

BIBLIOGRAPHIE

1. GOLTZ F. — Über die physiologische Bedeutung der Bogengänge des Ohrhabyrinthes. *Arch. f. ges. Phys.*, 1870.
2. BREUER J. — Über die Function der Bogengänge des Ohrhabyrinthes. *Med. Jahrb. Wien.*, 1874.
- BREUER J. — Beiträge zur Lehre vom statischen Sinn. *Med. Jahrbücher Wien.*, 1875.
3. MACH. — Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindg. Engelmann Leipzig, 1875.
4. CRUM-BROWN. — On the sense of rotation. *Journal of anatomy*, VIII, v.
5. DELAGE. — Sur la fonction des canaux semi-circulaires de l'oreille interne. *Compte rend.* 103 v.
6. SCHIFF. — Sur le rôle des canaux non auditifs du nerf acoustique. *Arch. d. sc. phys. et nat.* v. 25.
7. LUCAS. — Über optischen Schwindel bei Druckerhöhung im Ohr. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 17 vol.
8. BOETTCHER. — Über Durchsneidung der Bogengänge des Gehörhabyrinthes und die sich daran Knüpfenden Hypothesen. *Arch. f. Ohrenheilk.*, 9 v.
9. KIESSELBACH. — Zur Function der kalbzirkel formigen Canale. *Arch. f. Ohrenh.*, 18 v.
10. BAGINSKY. — Zur Physiologie der Bogengänge. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1883. *phys. Theil.*
11. SKEWALL. — Experiments upon the ears of fishes with préférence to the function of equilibrium. *Journal of. phys.*, IV v.
12. STEINER. — Sur la fonction des canaux semi-circulaires. *Compt. rend.*, 104 v.
13. PREYER. — Die Wahrnehmung der Schallrichtg mittels der Bogengänge. *Arch. f. ges. Phys.*, 40 v.
14. EWALD. — Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des nervus octavus. Bergmann Wiesbaden, 1892.
15. JAMES W. — Sense of dizziness in Deaf mutes Harvan Univ. *Anier. Journal of. otolog.*, 1882-1883.
16. BREUER. — Über die function des Otolithenapparates. *Arch. f. ges. Phys.*, 48 v.

17. SCHAEFER. — Über den Drehschwindel bei Thieren *Nat. wiss. Wochenscht.*, 1891.
18. BONNIER. — Physiologie du nerf de l'espace. *Compte rendus*, 113 v.
19. VERWORN. — Gleichgewichts und Otolithenorgan. *Arch. f. ges. Physiol.*, 50 v.
20. KREIDL. — Weitere Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinthes. Sitzberichte der mathem. naturh. Classe der Akad. der Wiss. Wien., 1892 et 1893.
21. HÖGYES. — Az associat. szeminorgasok ideg mechanizmuscirol. Budapest 1881. *Mag. tud. Akad.*
22. HÖGYES. — Uzable iszgalate modszerek au vestibulaires misködsenel tanul manyozasara. *Orv. Hetilap.*, 1902, 27.
23. MARIKOVSKY. — Kapsolat a labyrinthe és a test. felulat erzenyére közzét. *Orv. Hetilap.*, 1902, 27.
24. BECHTEREW. — Ergebnisse der Durchschneidung des nervus acusticus. *Arch. f. ges. Phys.*, 30 v.
25. CYON. — Die Functionen der halbziroleformigen Kanäle. *Arch. f. ges. Phys.* 1893.
26. KREIDL A. — Beiträge zur Phys. d. Ohrhab. auf. Grund von Versuchen an Taubstummen. *Arch. f. ges. Phys.*, 51. v.
27. MYGIND. — Übersicht über die path. anat. Veränderungen der Gehörorgane Taubstummen. *Arch. f. Ohrenh.*, 25 v. rf.
28. POLLAK. — — Über den galv. Schwindel b. Taubstummen. *Arch. f. ges. Phys.*, 54 n.
29. HITZIG. — Über d. beim Galvanisieren des Kopfes auftretenden Störungen d. Muskelinnervation etc. *Arch. f. Phys.*, 1871.
30. KUV. — Untersuschg.-u. d. galvanischen Schwindel. *Arch. f. Psychiatrie*, 18 v., 1887.
31. MOOS G. — Handbuch d. Ohrenheilk., 1892.
32. MACH. — Beiträge z. Analysed Enpfing *Jena Fischer*, 1886.
33. KREIDL. — Zur Lehre v. Gleichgewichtsorgan. *Arch. f. Physiol.*, VII v.
34. PANSE. — Schwindel, *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, 41. v.
35. BIEHL. — Über die intracranische Durchtrennung des nerv. vestib. u. derer Folgen Szb. der K. K. Akad. Wissensch. Wien. 1900.
36. JANSEN. — Über eine häufige Art. d. Beteiligung d. Labyrinthes bei den Mittelohreiterungen. *Arch. f. Ohrenheilkunde*, 45 v.
37. STEIN. — Über Gleichgewichtsstörungen bei Ohrenleiden. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 27 v.
38. HINSBERG. — Über Labyrintheiterungen. *Zeitschrift. f. Ohrenheilk.*, 40 v.
39. HABERMANN. — Über Erkuangk d. Felsenb u-d. Labyrinthes infolge d. acuten eitrigen Mittelohrentzündg. *Arch. f. Ohrenhk.*, 42 v.
40. POLITZER. — Lehrbuch d. Ohrenheilk 1901. Enke Stuttgart.
41. BEZOLD. — Überschau über d. gegenewartigen Stand d. Ohrenheilk. Bergmann, Wiesbaden, 1895.

42. BEZOLD. — Labyrinthnekrose u Paralyse d. n. facialis. *Zeitschr. f. Ohrenhk.*, 16 v.
 43. JANSEN. — Zur Kenntnis der durch Labyrintheiterungen inducierten, tiefen extraduralen Abscesse in der hinteren Schadelgrube. *Arch. f. Ohrenhk.*, 35 v.
 44. GOTTSCHALK. — Nekrotische Ausstossung des Ganzen Schläfenbeines mit günstigem Ausgange. *Arch. f. Ohrenheil.*, 16.
 45. HAUG. — Ein Fall von Nekrose der Schnecke. *Arch. f. Ohrenhk.*, 4 p.
 46. MYGIND. — Ein Fall von einseitiger totaler Abwesenheit des Labyrinthes, verursacht durch scarlatinöse otitis interna. *Zeitsch. f. Ohrenheil.*, 23.
 47. GRUBER. — *Allg. Wiener Med. Zeitg.*, IX, 1864, ref Panse 31.
 48. MAX. — Doppelseitige Nekrose der Schnecke mit letalem Verlaufe. *Wien, Med. Wochsch.*, 1891, 51.
 49. HERZFELD. — Ein fall von doppelseitiger Labyrinthnekrose mit doppelseitiger Facialis u Akusticus lähmung, *Berl. Klin. Wochschr.*, 1901, 35.
 50. VIGUIER. — Sur les fonctions des canaux semi-circulaires. *Comptes rendus*, 104 v.
 51. GOLDBERG. — *Zeitschrift f. Biologie*, 35 v. 419.
-

VI

EXTRACTEUR DU MARTEAU

Par **BRUNSCHVIG**,

chirurgien oculiste de l'hôpital du Havre.

Depuis que, ne se contentant plus de l'expression banale d'otorrhée, on a cherché, en présence d'une suppuration persistante de l'oreille, à faire un diagnostic précis, les indications thérapeutiques sont devenues des plus nettes. Il est bien certain que toute suppuration de l'oreille ne demandera pas un traitement uniforme. Notre intervention variera suivant le siège de l'affection et selon la nature des lésions. Il importe donc avant tout de rechercher quelle partie de la caisse est altérée (osselets, attique ou anstre mastoïdien). Une fois ce diagnostic bien établi, on pourra recommander un traitement rationnel. Après avoir essayé pendant un temps assez long le traitement médical et devant la continuation de la suppuration, nous ne devons pas hésiter à conseiller le traitement chirurgical.

Comme nous le disions plus haut notre intervention opératoire variera suivant chaque cas. La plus simple consiste dans l'extraction des osselets, soit qu'il s'agisse d'une ostéite de l'un ou de plusieurs d'entre eux, soit qu'il s'agisse de drainer ou de panser l'attique d'une façon parfaite.

Nous rappellerons en quelques mots les différents temps de cette opération :

1° *Libérer le marteau.* — Après section de tout le tour du tympan on sectionne le tenseur du tympan avec un bistouri coudé *ad hoc* ou avec l'anneau de Delstanche.

2° *Extraction du marteau.* — Elle se fait avec la pince de Sexton ou le serre-nœud.

3^e Extraction de l'enclume.

Parmi les divers instruments nécessaires à l'extraction du marteau, on a conseillé des pinces spéciales, le serre-nœud, etc. Mais nous avouons que ces instruments ne nous ont pas donné complète satisfaction. C'est pourquoi nous avons fait fabriquer un extracteur du marteau qui permet d'abrégier l'opération, puisque avec lui nous réunissons les deux premiers temps en un seul.



Voici exactement en quoi il consiste. C'est un anneau de Delstange sur la tige horizontale duquel nous avons appliqué une tige triangulaire à glissement et maintenue par quatre petits crochets. L'extrémité qui se trouve auprès de l'anneau est élargie en forme d'éventail dentelé. L'autre extrémité, coudée en forme de baïonnette est renflée par une tête quadrillée. Les deux parties composant l'instrument se démontent simplement en tirant en arrière la tige mobile. Le col, près de l'éventail, arrivant près des deux premiers crochets, sort immédiatement et rend l'aseptie des plus faciles.

Pour s'en servir il suffit d'amener l'éventail au ras de l'anneau. Celui-ci, introduit le long du manche, fait la section du tenseur et à ce moment, appuyant sur la tête, on pousse la tige qui vient saisir le marteau d'une façon solide. Il ne nous reste plus qu'à faire les mouvements de traction de haut en bas, de mobilisation latérale pour amener le marteau très facilement au dehors. Celui-ci ne risque pas d'être fracturé puisque la pression qui le maintient peut-être aussi douce que le veut l'opérateur.

Du reste, le dessin ci-joint permettra d'en saisir facilement tous les détails (1).

Cet instrument supprime donc un des temps et non des moins difficiles de l'opération. Simplifier notre intervention et gagner un temps précieux, tels en sont les avantages.

(1) L'extracteur du marteau a été fabriqué sur mes indications par M. Andersson, 42 rue de Berry, au Havre.

VII

QUELQUES REMARQUES SUR L'EMPLOI DE L'ADRENALINE DANS LA CHIRURGIE NASALE

Par **Yörgen MÖLLER** (Copenhague).

De nos jours, on invente tant de remèdes, qu'une substance nouvelle ne fait guère parler d'elle, à moins qu'elle ne soit un remède excellent, à plus forte raison encore, s'il faut qu'elle compte relativement sous peu au nombre des substances usitées vraiment dans la pratique. Aussi c'est tout un événement, lorsqu'on voit apparaître un remède qui attire à l'instant l'attention de beaucoup de médecins, nous fait faire des expériences, est employé à la clinique, pénètre de plus en plus et enfin dont la réussite est telle, qu'au bout de deux ans la substance se trouve être un remède connu partout et de plus un remède dont beaucoup de personnes parlent comme étant une chose indispensable. — Il en est ainsi de l'adrénaline, cette substance merveilleuse, que Lermoyez désigne si bien sous le nom de « l'alcaloïde de la bande d'Esmarek ».

En 1901, Jokichi Takamine fit paraître sa première communication concernant une substance, qu'il avait isolée, et qui devait constituer la substance active de l'extrait des capsules surrénales. Les premières communications poussaient au haut degré les espérances, cependant le remède eut le bon succès qu'on en attendait ; nous en avons déjà des traités par centaines, et j'ose dire que le remède répond entièrement à l'attente qu'on s'en est fait depuis le commencement. En attendant, la matière casuistique, dont on dispose aujourd'hui, n'étant pas encore bien considérable, je demande à citer aux lecteurs de ces *Annales* quelques-uns des résultats que j'ai obtenus avec l'adrénaline. Je ne m'en vais pas discuter sur

l'effet purement thérapeutique, qui exige des observations nombreuses et de plus une longue expérience. Je ne parlerai que de son effet hémostatique pendant les opérations dans la cavité nasale ; sans doute, c'est ici où l'on trouvera le mieux l'emploi de la substance. — Voici les cas dans lesquels je m'en suis servi :

I. M. V., homme âgé, avait eu un saignement du nez assez fort et dangereux. L'hémorrhagie durait pendant 24 heures à peu près ; pourtant à mon arrivée on était parvenu à l'arrêter au moyen du tamponnement. Des deux côtés du nez, il y avait de gros polypes. Dès que M. V. eut repris un peu de force, on se mit à enlever en deux séances les polypes les plus gros. Bien que M. V. (qui avait déjà eu des saignements de nez avant cette époque) fut considéré comme enclin à des saignements provenant de la muqueuse du nez, aucune hémorrhagie n'eut pour ainsi dire lieu pendant l'opération, de même qu'aucune hémorrhagie secondaire ne se fit.

II. M. L. souffrait souvent d'une obstruction du nez, provenant d'une déviation de la cloison du côté gauche. En outre, sur la partie la plus saillante de la déviation se trouvait une crête, qu'on fit disparaître au moyen des ciseaux de Beckmann. Aucune hémorrhagie n'eut lieu pendant l'opération. Dix minutes après une hémorrhagie insignifiante se fit, mais elle s'arrêta aussitôt grâce à la coagulation spontanée. Pas d'hémorrhagie secondaire, seulement quelques gouttes de sang suintaient dans le courant de la journée. La circulation de l'air n'étant toujours pas assez libre, la partie la plus saillante de la déviation fut ensuite enlevée au moyen de la gouge de Hajek, autant que faire se pouvait sans risquer une perforation. Une hémorrhagie secondaire, mais tout insignifiante, eut lieu.

III. M. S., qui souffrait du passage insuffisant de l'air dans le nez, avait la prononciation légèrement nasale. Du côté droit de la cloison se trouvait une grande crête, qui fut enlevée avec la gouge de Hajek. Pas d'hémorrhagie pendant l'opération, de même aucune hémorrhagie secondaire ne se fit.

IV. M^{lle} S., qui accusait le passage très défectueux de l'air dans le nez, en particulier du côté gauche, avait une crête assez étendue, qu'on fit disparaître avec la gouge de Hajek. Pas d'hémorrhagie pendant l'opération, seulement un saignement peu important eut

lieu pendant le courant de la journée, tandis que plus tard aucune hémorrhagie ne se fit.

V. M^{me} J., qui accusait le passage très défectueux de l'air dans le nez, avait des deux côtés de la cloison de volumineuses hypertrophies muqueuses sous forme de crêtes, et dont l'apparence était à peu près pareille à celle des polypes muqueux. En outre, on trouvait du côté droit une ethmoïdite avec des polypes en abondance. L'hypertrophie, qui se trouvait du côté droit de la cloison, fut enlevée au moyen de l'anse froide, et comme on supposait la région abondamment vascularisée, on eut ensuite recours à une cautérisation légère. Une hémorrhagie eut lieu immédiatement après, mais on parvint à l'arrêter avec un badigeonnage d'adrénaline. De retour à la maison, elle saignait légèrement du nez pendant trois ou quatre minutes, plus tard aucune hémorrhagie ne survint, seulement, quand elle se mouchait, des évacuations de caillots se faisaient. En une seconde séance un gros polype fut enlevé et ensuite la partie antérieure du cornet moyen à l'aide du conchotome. En rentrant, elle se mouchait d'une manière imprudente et elle saignait un peu du nez pendant une dizaine de minutes, puis l'hémorrhagie cessa. Plus tard, on enleva du côté droit, en plusieurs séances, le reste des polypes, les parties dégénérées de la muqueuse et une partie des parois des cellules ethmoïdales, ensuite, du côté gauche, l'hypertrophie de la cloison déjà décrite et quelques hypertrophies polypoïdes du cornet moyen, sans qu'aucune hémorrhagie n'eut lieu pour ainsi dire; seulement quelques gouttes de sang s'écoulaient du nez.

VI. M. M. avait, du côté droit, une ethmoïdite d'ancienne date avec des polypes. On enleva la partie antérieure du cornet moyen et encore un polype à l'aide du conchotome et de la pince coupante. Une heure environ après que l'opération avait eu lieu, une hémorrhagie légère survint et ne cessa qu'après avoir duré pendant toute la journée. Quelques jours après, on enleva avec l'anse froide de gros polypes en même temps qu'avec la pince on fit disparaître quelques polypes moins volumineux et une partie du tissu osseux spongieux. L'opération dura un quart d'heure; pendant ce laps de temps on se servit trois fois de l'anse froide et bien des fois on eut recours à la pince. De temps en temps le sang coulait un peu, mais on l'arrêta avec un badigeonnage d'adrénaline; ainsi le champ d'opération fut débarrassé du sang, de sorte qu'on pouvait tout parcourir des yeux. Aucune hémorrhagie n'eut lieu immédiatement après l'opération, mais une heure après le sang se mit à s'écouler par intervalle et comme par goutte-

lottes, jusqu'au soir, sans que pourtant on eut besoin de l'arrêter. En une troisième séance, on enleva encore quelques polypes, qui se trouvaient très en haut sous le cornet moyen et diverses cellules furent ouvertes et vidées. Pendant une vingtaine de minutes, on travaillait ainsi; tout en se servant et de la pince et de l'anse froide. Le sang ne s'écoulait guère et aucune hémorrhagie secondaire n'eut lieu. Enfin en une quatrième séance on coupa une synéchie, longue d'un centimètre et demi, qui se trouvait entre le cornet inférieur gauche et la cloison. Aucune hémorrhagie n'eut lieu.

VII. M^{me} H., souffrait d'une otite moyenne sèche. Une crête, située du côté droit de la cloison et bien en arrière, rendait extrêmement difficile le cathétérisme. On l'enleva au moyen de la gouge de Hajek. Pendant l'opération, le sang suintait un peu, mais en badigeonnant la muqueuse avec l'adrénaline, on parvint à l'arrêter. Dès qu'elle eut quitté la clinique, le sang se mit de nouveau à suinter, et cette fois-ci l'hémorrhagie devint assez forte et durait environ quatre heures; au bout de ce temps-là le sang s'écoulait encore par gouttelettes jusqu'au soir.

Pendant les opérations, l'hémorrhagie n'a pas été bien forte en général. Chez quelques-uns des malades, l'on ne s'en est guère aperçu, ainsi nous avons été à même d'observer tout le champ d'opération et bien mieux qu'autrefois nous avons été à même de constater ce que touchaient les instruments. Nous nous sommes bien rendus compte des avantages que nous offre l'adrénaline, notamment au sujet des deux cas d'ethmoïdite. Dès qu'on ne se sert pas de l'adrénaline, le polype enlevé en premier lieu deviendra sans doute aussitôt la cause d'une hémorrhagie, et dès qu'on touche la muqueuse même ou la charpente, le champ d'opération se trouvera inondé de sang et l'on ne saurait plus rien observer, donc, il nous faudrait continuer le travail en tâtonnant, à moins de le suspendre. Tandis que, lorsqu'on se sert de l'adrénaline on peut achever l'opération tout à son aise; ainsi tout en prenant l'œil pour guide, on enlève pièce par pièce le tissu malade; seulement, au fur et à mesure qu'on pénètre plus en avant, il faudra de temps en temps avoir recours aux badigeonnages avec l'adrénaline, dont l'effet diminue à mesure

qu'on s'éloigne du point de départ. Dans le dernier cas, il y eut pourtant une hémorrhagie plus forte, mais l'hémorrhagie ne fut pas assez grave pour mettre obstacle à l'opération; une hémorrhagie secondaire eut lieu, mais sans doute on l'aurait bien évitée par une application plus forte de l'adrénaline. Dans aucun des autres cas l'hémorrhagie secondaire n'a eu lieu, sauf quelques gouttes de sang qui se sont écoulées habituellement une heure après l'opération; cette hémorrhagie dure parfois jusqu'au soir, tandis que, lorsqu'on ne se sert pas de l'adrénaline, l'hémorrhagie durera souvent plusieurs jours de suite; en outre, l'hémorrhagie devient souvent très forte, lorsqu'on se sert de cocaïne, savoir au moment où la contraction, due à la cocaïne, fait place à la dilatation secondaire.

C'est cette hémorrhagie secondaire qui est l'objet d'une controverse au sujet de l'adrénaline. Tous en reconnaissent le merveilleux effet hémostatique. Mais tandis que plusieurs auteurs, tels que Moure et Brindel et Gordon King soutiennent que l'hémorrhagie secondaire ne survient pas, d'autres, au contraire, disent, et notamment Vacher, Stanley Green, Mc. Reynolds et Rode, qu'on risque des hémorrhagies secondaires; Mc. Reynolds nous parle ainsi d'un cas d'hémorrhagie assez grave. Néanmoins, d'après les recherches détaillées de Bukofzer, on semble être à même de prouver que, contrairement à la cocaïne, l'adrénaline ne produit aucune dilatation secondaire paralytique des vaisseaux, tandis que certainement les vaisseaux se dilatent au bout d'un certain temps jusqu'à atteindre la lumière normale et qu'ainsi l'hémorrhagie pourrait avoir lieu, à moins que d'autres circonstances ne se présentent. Cependant, il est des auteurs, tels que Gordon King, Limonta et Lehmann, qui soutiennent que l'effet de la contraction des vaisseaux dure assez longtemps pour qu'il se forme des caillots et conséquemment l'hémorrhagie secondaire ne saurait avoir lieu.

A cette question se rattache la question du tamponnement après l'opération. Stanley Green et Rode nous conseillent ardemment d'avoir recours au tamponnement, contrairement aux autres, qui disent qu'on pourrait s'en passer. Quant à

moi-même, je ne m'en suis servi dans aucun des cas qui se sont présentés à nous, et l'on sait qu'il vaut mieux s'en passer si c'est possible, vu que le tamponnement constitue une irritation constante de la muqueuse du nez et dans beaucoup de cas contribue à entretenir l'hémorrhagie.

Quant à la méthode à suivre pour l'emploi de l'adrénaline, je procède dans tous les cas d'abord à l'application de la cocaïne afin de produire l'anesthésie et après seulement je procède au tamponnement ou au badigeonnage avec l'adrénaline en solution primitive 1 : 1000. Il me semble que les solutions moins fortes n'opèrent pas assez efficacement pendant les opérations d'un tissu aussi vascularisé que la muqueuse du nez.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUKOFZER — Untersuchungen über Wirkung von Nebennieren-extrakt (Adrenalin) auf die Schleimhaut der oberen Luftwege bei äusserlicher Anwendung — *Archiv für Laryngologie*, xiii, 1902, p. 241.
- STANLEY GREEN. — Notes of cases, illustrating the use of adrenalin chloride in ophthalmie, nasal and aural surgery. — *British medical Journal* 10 may 1902, p. 1142.
- GORDON KING. — L'adrénaline. Sa valeur thérapeutique. — *Ann. d. mal. de l'or.*, juillet, 1902, p. 11.
- LEHMANN. — Ueber adrenalin. — *Munchner medic. Wochenschrift*, n° 49, 1902, p. 2048.
- Marcel LERMOTZ. — Un grand médicament de l'avenir, l'adrénaline. — *Presse méd.*, 2 mai 1902, p. 433.
- LIMONTA. — Contributo allo studio clinico sull'adrenalina. — *Arch. ital. di otologia*, xiii, 1902, p. 458.
- MOURE et BRINDEL. — De l'emploi de l'adrénaline en oto-rhino-laryngologie. — *Revue hebdom. de laryngol.*, n° 52, 1901, p. 753.
- Mc. REYNOLDS. — A case of revue hamorrhage, occurring after the use of adrenalin. — *Journ. of laryngol.*, xvii, oct. 1902, p. 530.
- RODE. — Das adrenalin in der rhino laryngologie. — *Wien. klin. Rundschau*, nos 33 et 34, 1902.
- JOICHI TAKAMINE. — The blood pressure raising principle of the suprarenal glands. — *Théráp. gazette*, 15 avril 1901, p. 225.
- VACHER. — Emploi de l'extrait des capsules surrénales et de l'adrénaline. — *Bull. de la Soc franç d'otol.*, xvii, 1902, p. 126.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales, par LUBET-BARBON, et R. SARREMON, (1 vol. Masson, *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, édit. Paris 1903.)

La *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, vient de s'enrichir d'un nouvel ouvrage consacré à l'hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales.

Les auteurs y étudient d'abord quelles sont les conditions dans lesquelles peuvent se réaliser d'une façon normale les diverses fonctions du nez et exposent ensuite quels sont les cas pathologiques dans lesquels elles sont modifiées. Ils passent en revue successivement : 1° le nez et les fosses nasales dans leur fonctionnement physiologique : respiration, phonation, audition, olfaction ; 2° les affections qui portent entrave à ce libre fonctionnement et les troubles qui en sont la conséquence. L'ouvrage est précédé d'un rapide aperçu de la constitution anatomique du nez, des fosses nasales, et de leurs rapports avec les cavités accessoires, les sinus de la face, le pharynx nasal, les trompes d'Eustache, et la caisse du tympan. Ce volume sera lu avec fruit par les praticiens et les hygiénistes.

Contribution à l'étude des polypes muqueux des fosses nasales, par A. DURAND (*Th. de Nancy* 1903.)

Cette thèse est intéressante pour le spécialiste, parce qu'elle réunit et coordonne de nombreux faits épars, souvent oubliés ou méconnus ; au point de vue historique, ainsi qu'au point de vue pathogénique. Le premier chapitre est un long exposé historique de la question des polypes muqueux, donnant complètement les théories émises par les auteurs sur les causes de ces tumeurs ; exposé peut être un peu long, car D. dans un autre chapitre classe ces différentes théories, il est obligé de se répéter. Avant de discuter ces théories, l'A. fait un bon résumé de l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique et des éléments étiologiques généraux des polypes muqueux. Il montre avec les auteurs récents que ceux-ci ne sont pas des myxomes, mais le résultat d'une altération à tendance hypertrophique et à type œdémateux de certaines régions de la pituitaire.

Les théories relatives à la production de ces tumeurs peuvent se ramener à cinq principales :

1° *Origine nécrotique osseuse.* — Une inflammation lente des parties nasales de l'ethmoïde amènerait la périostite sous-jacente, puis une nécrose osseuse, d'où néoformations au niveau de la muqueuse, et qui deviendraient de vrais polypes. C'est l'ethmoïdite nécrosante de Woakes. Cette nécrose primitive d'origine banale est difficile à invoquer dans bien des cas ; on pourrait surtout admettre comme cause de nécrose des foyers d'ostéite soit syphilitique, soit tuberculeuse ;

2° *Origine suppurative annexielle.* — Il n'y aurait pas de polypes sans sinusite, d'après les auteurs qui admettent cette opinion. Cependant on rencontre souvent des polypes sans suppuration nasale ;

3° *Origine catarrhale chronique.* — C'est une cause banale agissant certainement sur la dégénérescence polypeuse de la muqueuse ;

4° *Origine nerveuse.* — L'A admet que dans les cas d'hydropnée, où l'on constate la présence de dégénérescences polypeuses, il s'agit d'un trouble primitif de la circulation, dû à des lésions du système nerveux sympathique. Il fait aussi rentrer dans cette théorie. les cas où il existe des polypes des deux fosses nasales, en des points symétriques, lorsqu'il n'existe qu'une supuration sinusale unilatérale ;

5° *Origine parasitaire.* — Les parasites blastomycètes rencontrés chez les polypeux, ne joueraient pour l'auteur que le rôle de saprophytes, et ne sauraient être acceptés comme des causes déterminantes.

A. RAOULT.

Du stridor laryngé congénital (ou cornage vestibulaire congénital),
par Pierre MATHIEU (*Th. de Nancy 1903.*)

La thèse de Mathieu est une excellente mise au point de la question. L'auteur rappelle les différentes observations connues de cette affection, et en particulier celles suivies d'autopsie, qui sont au nombre de trois seulement. Il relate un cas fort intéressant suivi d'examen post mortem, et qui semble avoir été méconnu, c'est celui publié par E. Lévy et P. Etienne en 1887 dans la *Revue médicale de l'Est*. Enfin, il publie un nouveau cas recueilli dans le service de M. Haushalter. Un certain nombre de cas nouveaux, où l'on a pu faire l'examen laryngé pendant la vie ont aussi éclairé la nature de la lésion.

Le début du stridor qui a lieu en général à la naissance, peut parfois passer inaperçu, si l'enfant dort beaucoup les premiers jours; et alors le cornage n'apparaît parfois qu'au bout de deux jours, de cinq jours même comme dans le cas de Mathieu. Le cornage qui se caractérise à l'inspiration par un bruit sourd devenant plus aigu, pour finir par un son musical, a nettement son siège à l'entrée du larynx et non dans le pharynx. On pourrait être trompé par la présence simultanée de végétations adénoïdes.

La cause indiscutable du cornage congénital est une malformation congénitale du vestibule laryngé, due à un arrêt de développement du larynx; comme le prouvent les autopsies et les examens laryngés pratiqués chez les petits malades. Tantôt l'épiglotte est enroulée simplement, tantôt la lésion est plus accentuée et les bords de cet organe, ainsi que les replis aryténo-épiglotiques se touchent sur la ligne médiane, ne laissant entre eux qu'une fente étroite, ou tout au moins un orifice très réduit, qui présente une forme variable.

L'affection est en général bénigne comme le prouve le petit nombre d'autopsies. Les accidents de cornage diminuent progressivement au fur et à mesure que le larynx se développe et que ses parois deviennent rigides. En général; au bout de la deuxième année, ces phénomènes cessent.

A. RAOULT.

Zur Differential diagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege.

(Le diagnostic différentiel de la syphilis et des dermatoses d'après les affections de la muqueuse de la bouche et des premières voies aériennes), par Gottfried TRAUTMANN. Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1903, 1 vol. in-8° de 190 p.

Ceci est un travail de bénédictin, dans lequel il faut reconnaître que la science allemande excelle. Sur le thème qu'indique assez clairement le titre ci-dessus, l'auteur a brodé deux cents pages de variations. Dans tout cela, pas d'appréciations, mais surtout des faits; sept cents indications bibliographiques montrent à l'évidence la peine qu'à prise T., pour faire un travail très complet. Il y a réussi: et son ouvrage est un recueil précieux de documents à consulter par quiconque fera sa thèse sur les ulcérations buccales. Contrairement à l'usage d'outre-Rhin, ce livre se termine par deux pages de conclusions très claires, qui seront lues agréablement par les gens pressés.

M. LERMOYEZ.

Patologia e terapia dell' orecchio e delle prime vie aeree, par le Prof. Giuseppe GRADENIGO. Turin, S. Lattes et Cie, 1903. Un vol. in-8°, de 968 pages, avec 278 fig.

Cet admirable ouvrage est le recueil des leçons faites à l'Université de Turin par le Prof. Gradenigo, et rédigées par son assistant E. S. Cassanello, de Montevideo : ce qui explique la forme un peu archaïque du texte, laquelle, d'ailleurs, n'est pas sans charme, car elle établit mieux l'intimité entre l'auteur et le lecteur. Chaque leçon supprime heureusement les périodes d'entrée et la grandiloquence finale d'usage, pour ne s'astreindre qu'à la précision et à l'érudition. Et, à ce propos, il me sera permis de dire que je trouve ce livre très supérieur à ceux du même genre qu'a produits l'Allemagne, exception faite pour la bible otologique de Poitzner. Il leur est préférable en ceci : c'est que sa bibliographie n'est pas nationale, mais internationale ; c'est que tous les travaux français y sont cités et appréciés. Pour ne donner qu'un exemple, de larges emprunts sont faits, avec citation, au beau livre qu'Escat a écrit sur le pharynx ; et nous retrouvons dans le texte italien la reproduction des dessins où excelle notre collègue de Toulouse. Fais-je, en disant cela, passer le chauvinisme avant la science ? Je ne le crois pas. Réfléchissez donc sur ceci : quand vous faites des recherches dans un livre allemand, pour documenter un mémoire que vous préparez, quelle confiance pouvez-vous mettre en une bibliographie qui systématiquement écarte les travaux français, en vertu de cette loi que la science est allemande ou n'est pas ?... Peut-être vous direz-vous alors, comme moi, que les travaux anglais, russes et autres ont du disparaître sous le même boisseau : et si votre confiance n'en est pas ébranlée, prenez garde que la notre vous suive moins facilement, si vous attribuez à Bloch l'épreuve de Gellé, à Gerber les procédés opératoires de Luc, et à Jansen les nombreux instruments, nés au quartier latin, et que les fabricants allemands ont bien voulu baptiser de son nom. Au contraire, dans le gros livre de Gradenigo, tout est à sa juste place : rien de ce qui est bon n'y manque, à de très rares exceptions près ; c'est une source de renseignements saine, à laquelle on peut s'alimenter en toute sécurité.

Aussi bien, Gradenigo a-t-il fait une œuvre internationale en voulant seulement écrire un livre italien. Son intention a été de grouper et de mettre en valeur les travaux des spécialistes italiens, éparpillés en un grand nombre de journaux : il a pleinement réussi à les rehausser aux yeux de l'étranger.

Une autre raison qu'il avoue d'avoir écrit son livre, est son désir de voir entrer l'enseignement obligatoire de l'oto-rhino-laryngologie dans les écoles de médecine italiennes. Quand chaudement il plaide cette cause, il semble aussi soutenir la nôtre : malheureusement pour lui et pour nous, la Norvège est jusqu'ici le seul pays où pareil résultat ait été obtenu ; de même que c'est celui où l'alcoolisme tend à disparaître : deux gloires que nous ne paraissions pas actuellement très disposés à vouloir lui disputer.

Il ne faut cependant pas croire que le traité que nous présente Gradenigo soit une compilation sans individualité : à chaque leçon, au contraire, se rencontre l'originalité du maître, dont l'ingénieuse activité s'est épandue sur toutes les branches de notre spécialité : ainsi son étude des diapasons est actuellement un des points les plus intéressants de l'acoumétrie.

Il y a dans ce livre deux parties bien distinctes. La première, partie générale, comprend dix leçons sur l'anatomie, la physiologie, les causes morbides, les symptômes, les diverses techniques d'examen, la thérapeutique médicale, chirurgicale : et, enfin, des notions d'électricité, actuellement aussi indispensables au spécialiste, qu'il l'est pour lui de savoir se servir de son miroir frontal.

La seconde partie comprend vingt leçons. Gradenigo, s'inspirant en cela de Moritz Schmidt, a voulu, au lieu de décrire séparément les affections de l'oreille, du nez, du larynx, comme le font d'ordinaire les traités classiques, grouper au contraire ces diverses affections, de manière à très bien mettre en évidence les rapports qui les unissent, et à en déduire ainsi une thérapeutique rationnelle. Ce souci de suivre étroitement les faits cliniques le contraint à réunir en de mêmes chapitres un assemblage disparate d'affections, ce qui étonne quelque peu le médecin et peut embarrasser l'élève. C'est ainsi que sous l'étiquette de troubles sensoriels se trouvent accolés l'anosmie hystérique et les labyrinthites infectieuses ; que les polypes muqueux du nez fusionnent avec les polypes naso-pharyngiens, au risque de créer dans l'esprit des débutants la confusion qui nous a valu jadis tant d'excès chirurgicaux ; que les déviations de la cloison, les corps étrangers, et les sténoses glottiques sont réunis sous la même rubrique d'obstacles à l'entrée de l'air dans les poumons.

Cependant, on aurait tort de s'arrêter à ces détails. Puisque, par la volonté des éditeurs, nous ne possédons pas encore en France de livre magistral d'ensemble sur notre trinité spéciale, adoptons le livre de Gradenigo : et que, laissé à portée de notre

main, il soit chaque jour consulté. Pour ma part, l'exemplaire que je possède depuis seulement quelques mois est déjà hors d'usage.

M. LERMOYEZ.

Die Krankheiten des Rachens, par le Prof. Ottokar. CHIARI. Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, 1903. 1 vol. in-8° de 250 p. avec 118 fig. dans le texte, et 1 pl. en couleur.

Le prof. Chiari publie le deuxième volume du grand ouvrage qu'il consacre à notre spécialité : chacun des maîtres qui se sont succédés dans la chaire de Turk ayant cru de leur devoir de faire leur Traité. Le volume actuel a trait au pharynx.

Beaucoup éprouveront, comme moi, en le lisant, la douce sensation de revivre des jours de jeunesse. A feuilleter ce livre ; à revoir une centième fois les reproductions des planches tant admirées de l'atlas de Turk, — livre sacro-saint offert de temps à autre à la vénération des pèlerins venus à Vienne ; à retrouver surtout tous ces vieux instruments à manche de bois maniés chez Reiter, l'abaisse-langue immuable de Turk, les serres-nœuds contournés de Stoerk, — images traditionnelles que se passent d'éditions en éditions les livres Viennois, comme dans une course au flambeau, on ressent l'exquise mélancolie que procure tout retour en arrière dans les souvenirs de la vie. Vienne est comme l'Eglise, majestueuse et stable : jalouse surtout de garder intact son passé qui fit sa grandeur, elle reste intransigeante dans ses rites laryngologiques, et, même dans ses ouvrages les plus modernes, transmet fidèlement ses traditions, sans les altérer : c'est, à les lire, un repos qui plait à l'esprit, fatigué des perpétuelles transformations des livres français ou allemands.

Une très belle entrée d'anatomie entame le livre : Turk et Luschka lui fournissent leurs plus classiques dessins. Vient ensuite un chapitre de physiologie.

Plus loin est faite l'étude d'ensemble des troubles pathologiques du pharynx, successivement considéré comme organe de respiration, de résonance vocale et de déglutition. Puis, l'œuvre principale, la partie spéciale, où chaque affection est largement traitée suivant le mode classique, et sur le plan cher à nos concours. Tout cela, très détaillé et documenté.

L'impression générale que donne ce beau livre est celle d'une œuvre qui a voulu surtout être médicale. L'auteur glisse sur les interventions récentes, signale en passant les nouveautés instrumentales, sans s'y attarder : trois lignes sur le morcellement des

amygdales, une demi-phrase sur la discision des abcès péri-amygdaliens. Mais, très longuement sont étudiées la variole, la scarlatine, la rougeole de la gorge : un gros chapitre aussi pour la diphthérie. A noter une compendieuse étude sur les pharyngites aiguës et chroniques : sans oublier le chapitre sur le sclérome, indispensable à Vienne.

Cette manière d'être n'est pas sans avantage. Beaucoup d'entre nous, un peu trop vite entraînés par le courant chirurgical, perdent le souvenir de tout le terrain de la gorge qui appartient à la médecine : à lire ce livre, ils rafraîchiront leur mémoire.

La facture classique de cet ouvrage nous donne quelque impatience pour attendre l'apparition du troisième volume, qui sera consacré au larynx : sujet difficile entre tous, et que l'autorité incontestable en cette matière de Chiari promet devoir être le livre tant désiré.

M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. — OREILLES

Contribution à l'étude de la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher, par J. VIALLE (*Archiv. int. de laryngol.*, 1903, n° 4).

Ayant observé trois malades qui, à la suite d'une fracture du rocher, présentèrent une paralysie faciale tardive et progressive, l'auteur a étudié les considérations les plus intéressantes concernant les cas analogues de paralysie faciale, ainsi que la pathogénie de cette complication. La paralysie faciale immédiate n'est pas rare dans les fractures du rocher, dont elle constitue un excellent signe ; la paralysie tardive, qui apparaît le lendemain, le surlendemain, ou même plusieurs jours après la fracture est beaucoup plus exceptionnelle et a été mentionnée la première fois par Chauvel (« Essai sur les fractures du crâne, » *Th.* Paris 1866). Demoulin (*Gaz. médicale de Paris*, 1888) a consacré à son étude un mémoire fort complet.

Elle est apparue de 2 à 8 jours après l'accident, s'installant tantôt brusquement, tantôt graduellement ; persistant plus ou moins longtemps, puis commençant à rétrocéder pour disparaître

ordinairement vers la fin de la quatrième semaine. Elle présente les caractères d'une paralysie faciale périphérique, se distinguant des paralysies résultant d'une névrite parce qu'elle reste flasque, que le malade ne souffre pas, que la contractilité électrique est intacte et que, lorsque le foyer de fracture reste à l'abri de l'infection, elle est toujours complètement curable.

Elle est souvent totale, quelquefois partielle ; de plus, tantôt isolée, tantôt associée à une paralysie du nerf auditif.

Sa valeur diagnostique qui est certaine, n'est cependant pas absolue, car il semble qu'elle puisse apparaître à la suite de divers traumatismes du crâne, en dehors de toute fracture de l'étage moyen, comme l'ont soutenu autrefois Parisot et plus récemment Stéphanoff.

La diversité d'opinion qui existe au sujet de la valeur séméiologique de la paralysie faciale tardive s'accuse encore davantage lorsqu'il s'agit d'en donner la pathogénie :

1° On ne peut admettre qu'elle résulte d'une contusion ou d'une déchirure du nerf intrapétreux par le squelette plus ou moins déplacé lors de la fracture car elle serait immédiate comme les lésions qui la produiraient ;

2° On doit écarter également l'opinion du professeur Jaboulay qui pense que le bout périphérique du nerf sectionné dans son trajet intrapétreux et excité du fait de cette section se charge d'influx nerveux de sorte que la paralysie ne s'installe que lorsque cette charge électrique est épuisée.

3° Il faut encore écarter la névrite parenchymateuse du facial d'origine auriculaire, défendue par M. Duplay, car, dit l'auteur, dans ses trois observations, comme d'ailleurs dans la plupart de celles qu'il a lues, il n'y a jamais eu aucun signe d'otite et qu'il est improbable qu'une otite, suffisante pour se compliquer de paralysie faciale, puisse évoluer sans fournir les caractères cliniques qui lui sont propres. De plus la paralysie faciale tardive reste flasque ce que l'on n'observe pas dans les paralysies dues aux névrites. Enfin l'observation et l'expérimentation sont d'accord pour démontrer que la gaine conjonctive, disposée autour du facial, est très résistante et ne saurait être aisément entamée par une inflammation sournoise née dans la caisse ;

4° Il semble prouvé que la paralysie résulte d'une compression.

On ne peut incriminer comme agent de compression un cal exubérant qui n'aurait pu encore se former et qui surtout ne se formera jamais.

Demoulin accusait le travail de réparation qui suit les fractures du rocher et s'accompagne d'une périostite secondaire suffisante pour rétrécir le canal de Fallope ; mais cette pathogénie s'applique difficilement aux cas où la paralysie se montre le lendemain de la fracture.

La périostite inflammatoire et consécutive à une otite survenue en dehors de toute fracture du rocher, à l'occasion d'une simple rupture du tympan, admise par Stéphanoff ne peut être appliquée.

L'auteur est tenté de croire que le plus souvent la compression est exercée par un exsudat sanguin, et dans ces cas, on avait noté à l'observation que l'otorragie avait fait défaut ou qu'elle avait été fort peu abondante ; le sang extravasé, ne pouvant pas, pour une raison quelconque, s'écouler librement au dehors, se dépose soit autour du nerf, soit mais plus rarement dans l'épaisseur de sa gaine si elle a été entamée par le trait de fracture et manifeste plus ou moins tôt son action compressive. On comprend facilement que la paralysie, après avoir persisté un certain temps, doive et puisse diminuer d'abord puis disparaître complètement à un moment donné, par suite de la résorption progressive du sang épanché.

M. GRIVOT.

II. — NEZ

La toxine et l'antitoxine de Dunbar dans la fièvre des foin. Expériences personnelles, par P. M' BRIDE (*The Edinburgh medical journal*, juillet 1903).

Ce travail est très intéressant et mérite une analyse détaillée.

Tout d'abord M' B. rapporte brièvement les résultats obtenus par le prof. Dunbar, directeur de l'Institut d'hygiène de Ham bourg.

1. Avec du pollen de seigle il toucha la muqueuse nasale de six personnes, dont trois sujettes au rhume des foin, les trois autres en étant indemnes. Chez les premières survinrent des troubles du côté du nez, très marqués, tandis que les trois dernières ne ressentirent aucune gêne.

Chez ces personnes et sur ceux qui étaient sujets au rhume des foin survinrent du larmolement, de l'œdème des paupières et même du chémosis. Pour voir si cette réaction était due à un simple effet mécanique on se servit une autre fois d'une autre sorte

de pollen à surface rugueuse, il n'y eut cette fois aucune réaction. Toujours les trois sujets témoins n'éprouvèrent aucun symptôme.

3. D. plaça deux personnes (l'une sujette au rhume des foin, l'autre indemne) dans une chambre en verre, et les fit souffler toutes les deux dans un petit tube contenant du pollen de seigle. Le premier sujet fut atteint de toux, d'inspiration bruyante, de sensation de dyspnée, et, dans les deux jours qui suivirent, de bronchite purulente. Le second sujet n'éprouva pas le moindre malaise.

4. Il fit une application de pollen sur l'anus d'une personne sujette au rhume des foin ; il y eut une démangeaison qui dura plusieurs heures. Rien de pareil chez un individu indemne.

5. On observa que du pollen qui avait été conservé jusqu'au mois d'août était inactif, mais quand il fut trituré dans un mortier de manière à ce que les capsules fussent rompues, il retrouva son effet actif.

6. Au point de vue de la structure, le pollen se compose d'une double enveloppe et de corpuscules qui présentent la réaction de l'amidon.

7. D. mélangea du pollen et de l'éther qui dissout la capsule. La partie liquide, de consistance huileuse, se montra sans action aucune. La partie solide restante fut agitée avec de l'eau et de l'éther. Les deux solutions, aqueuse et éthérée, produisirent des symptômes analogues à la fièvre des foin chez les sujets prédisposés, sont sans effet chez les autres.

8. Si le pollen, après rupture de sa capsule, est mis en contact avec les larmes, le mucus nasal, le sérum, etc., les corpuscules d'amidon sont dissous. Le résidu solide est sans action, mais la solution est d'autre part très active. Dunbar conclut que le poison dont il s'agit est une toxine soluble.

9. Cette solution ainsi obtenue de pollen, traitée par l'alcool, donne un précipité blanc qui, après dessiccation, se montre doué de propriétés énergiques.

10. D. conclut que les corpuscules d'amidon renferment la toxine ; il a constaté, en outre, que les corpuscules du pollen des seules graminées avaient ce caractère. Le précipité alcoolique ne donne plus la réaction de l'amidon ; il doit y avoir un changement dans la composition.

11. D. pratiqua une injection hypodermique de toxine à un médecin sujet au rhume des foin. Le patient fut pris de vertige, puis au bout de 15 minutes d'éternuements, de toux, de raucité de la voix, de larmolement, d'étouffement. Ces symptômes empi-

rèrent, la face se tuméfia, et l'aphonie fut complète; examiné, le larynx parut congestionné. La respiration était stridoreuse, fréquente, ainsi que le pouls. Cinquante minutes après l'injection, démangeaison et urticaire sur tout le corps. Au bout de quatre heures, amélioration, mais retour des symptômes respiratoires deux heures plus tard. L'œdème de la face dura vingt-quatre heures. L'injection avait été pratiquée à l'avant-bras; et en vingt minutes celui-ci commença à enfler; dans la soirée, l'enflure s'étendait depuis le poignet jusqu'au coude; elle mit quelques jours à disparaître.

Un autre médecin, indemne de tout rhume des foins, fut inoculé, il ne présenta d'autre symptôme qu'un léger gonflement au niveau du lieu de l'injection.

12. D. inocula des lapins avec la toxine, et après plusieurs semaines obtint un sérum qu'il constata capable de neutraliser la toxine.

Dans un travail ⁽¹⁾ paru depuis la publication première qui vient d'être résumée, D. a confirmé les résultats de ses premières recherches. Il a fait porter son expérimentation sur huit personnes sujettes au rhume des foins, et sur onze indemnes, prises comme témoins.

Une solution de toxine de pollen fut instillée dans l'œil. Les personnes témoins ne présentèrent aucune réaction, sauf une légère sensation momentanée de brûlure; et encore le même fait se produisit-il avec une solution saline simple. Chez des personnes sujettes au rhume des foins il y eut de la brûlure, des picotements, de la photophobie; un des patients eut une crise caractérisée de migraine comme il en avait au moment de ses accès. Objectivement on constatait de la rougeur de la caroncule, puis des paupières et de la conjonctive, quelquefois du chémosis.

La réaction variait en intensité, mais existait toujours dans une certaine mesure, objectivement et subjectivement. Appliquée sur la muqueuse nasale, la toxine déterminait un gonflement immédiat. Si on employait un mélange de la toxine et du sérum d'un animal qui avait reçu des injections répétées de toxine, on ne constatait aucun phénomène réactionnel. D'autre part, l'adjonction de sérum d'animal non inoculé augmentait plutôt les symptômes. D. constata que la toxine du seigle pouvait être neutralisée par une antitoxine dérivée du maïs.

⁽¹⁾ *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig, n° 9, 1903.

Sir F. Semon ⁽¹⁾ répéta ces expériences, et on peut dire que ses résultats, au point de vue clinique, confirmèrent les assertions de Dunbar.

Voici maintenant le résultat des expériences pratiquées par M. Bride, avec de la toxine et de l'antitoxine que lui a fournies Dunbar lui-même.

1. D^r L. — N'a jamais eu de rhume des foins. Une goutte d'un mélange à parties égales de solution de toxine à 1/300 et de sérum normal est instillée dans l'œil droit. — Aucun symptôme

2. L'auteur. — N'a jamais eu de rhum des foins. Même instillation : sensation de brûlure sur le moment même. — Aucun symptôme.

3. M. W. B. — Sujet au rhume des foins et à des crises analogues survenant dans le courant de l'hiver, sans cause déterminante appréciable. Instillations dans l'œil, aucun résultat, dans le nez, de même.

4. M. D.^r C. — Antécédents de rhume des foins dans la famille. En souffre lui-même depuis dix ans. Les symptômes accusés sont de la démangeaison au niveau des conjonctives, surtout marquée au niveau des caroncules, en plus des troubles habituels du côté du nez et de la gorge.

Il est intéressant de noter qu'une certaine fois, en sortant de son écurie, il sentit ses yeux se gonfler, et en trois quarts d'heure l'œdème était si intense qu'il ne pouvait plus voir. On fit des applications locales de glace et en deux heures cet œdème angio-neurotique (?) avait totalement disparu. Instillation dans les yeux, du côté droit, de la toxine; du côté gauche d'un mélange à parties égales de toxine et d'antitoxine. L'instillation de toxine fut faite à 11 heures 16, à 11 heures 18, démangeaisons et légère hyperémie de l'œil droit; 11 heures 22, la démangeaison diminue, rougeur de la caroncule; 11 heures 23, sensation de chaleur, le bord libre de la paupière inférieure est fortement injecté; 11 heures 30, la démangeaison a disparu; 11 heures 33, la rougeur diminue; 11 heures 44, tous les symptômes diminuent 12 heures 19, tous les symptômes locaux ont disparu; aucun phénomène nasal. L'œil gauche n'a présenté aucun trouble d'un bout à l'autre de l'expérience. Dans l'après-midi, le patient s'est plaint d'une céphalée légère.

5. M. J. B. — Antécédents familiaux de rhume des foins; en souffre

(1) *British medic. journ.*, Londres, 28 mars et 18 avril 1903.

lui-même chaque été depuis qu'il se connaît. Une ou deux fois il a eu jusqu'à une crise d'asthme. Le contact avec du foin, même en hiver, provoque une crise; d'après lui, la poussière agit de même. A 11 heures 39, les yeux reçoivent une instillation comme précédemment; 11 heures 40, sensation de corps étranger et démangeaisons dans l'œil droit; 11 heures 41, la rougeur apparaît; 11 heures 43, sensation d'engourdissement dans l'œil et céphalée frontale; 11 heures 51, la démangeaison est insupportable; 11 heures 55 elle diminue, un peu de larmoiement; 12 heures, les symptômes « vont et viennent »; 12 heures 20, éternuement; 12 heures 22, nouvel éternuement; 12 heures 40, tout est fini. L'œil gauche pendant tout ce temps est resté intact.

6. D. B. — Antécédents familiaux très chargés, les deux yeux sont soumis toujours à la même épreuve et contre-épreuve que précédemment. Au bout d'une demi minute, démangeaison; au bout d'une minute, signe oculaire de la fièvre des foins; 11 heures 58, démangeaison dans l'angle externe de l'œil; 12 heures, injection de la caroncule; 12 heures 5, légère céphalée au-dessus de l'œil gauche, sensation de malaise dans le nez. Comme l'œil droit s'injectait de plus en plus et que les troubles devenaient particulièrement désagréables pour le patient, on instille une goutte d'antitoxine dans l'œil droit à 12 heures 7. La démangeaison disparaît, mais l'hypérémie persista; 12 heures 15, aucun malaise, la conjonctive est encore très injectée; 12 heures 27, aucun malaise, l'hypérémie diminue; 12 heures 40, persistance d'une hypérémie légère.

De la lecture de ces courtes observations, il ressort clairement qu'elles confirment en grande partie les résultats annoncés par Dunbar et confirmés par Sir F. Semon. Sur les 4 patients, trois présentèrent des troubles caractéristiques de la fièvre des foins. C'est probablement par pure coïncidence que la personne qui n'avait aucun symptôme, était justement celle dont les antécédents familiaux étaient nuls.

M. Bride conclut : Il semble donc tout à fait certain que Dunbar a pu isoler une toxine, et que par l'inoculation à des animaux (principalement des chevaux de pur sang) il a pu préparer une antitoxine.

Cependant, la question de savoir si le pollen des graminées et des seules graminées peut produire la fièvre des foins, paraît moins bien résolue. La clinique nous offre des éventualités difficilement conciliables avec cette théorie. Il a observé un cas dans lequel des crises tout à fait analogues au rhume des foins étaient en rapport avec des changements dans les conditions de l'atmosphère,

les attaques survenant toujours dans un moment de gelée blanche. B. Frankel a décrit sous le nom de « Eisenbahn-Schnupfen » des troubles analogues produits par le chemin de fer. Beaucoup de spécialistes connaissent des cas où le phénomène se produit au contact des chevaux, quelle que soit la saison. Quoi qu'il en soit, les recherches de Dunbar auront beaucoup contribué à éclairer ce coin encore très obscur de la rhinologie. D'autre part il est bon de rappeler aux médecins et aux malades que la question de l'usage thérapeutique de l'antitoxine est encore subjective, et pour ce qui est de savoir par exemple s'il faut l'employer localement ou en injections sous-cutanées, le mieux est d'attendre les résultats des expériences ultérieures du P. Dunbar. On peut dire qu'il y aurait probablement peu de risque à employer l'antitoxine localement, mais, dans l'état actuel de notre science, encore faudrait-il que l'application en fût faite par le médecin lui-même, et à très petites doses. Les injections-hypodermiques ne devront être mises en œuvres qu'après que l'auteur de la méthode lui-même aura montré leur innocuité.

H. BOURGEOIS.

Injections de paraffine pour difformités du nez, par SAINT-CLAIR THOMSON (*The Practitioner*, janvier 1903, p. 401).

Ce travail est un résumé de la question et une étude des derniers travaux sur les injections de paraffine sous-cutanées, ainsi que des injections sous-muqueuses effectuées pour le traitement de l'ozène. L'auteur rappelle surtout les travaux de Walker-Downie. Il pense que les injections sous-muqueuses demandent à être étudiées encore, et qu'il est nécessaire de prendre pour ces dernières de grandes précautions.

A. RAOULT.

Vingt-neuf cas de déformation du nez traités par les injections sous-cutanées de paraffine, par STEPHEN PEGER (*The Practitioner*, février 1903, p. 195).

Sur ces 29 cas, le plus jeune des malades avait 19 ans, le plus âgé 52; il y avait huit femmes et vingt et un hommes. Les chutes du nez comportaient tous les degrés de déformation, depuis la simple dépression jusqu'au nez en lorgnette. Dans 2 cas, le nez était tordu, chez un malade il y avait destruction d'une partie du palais, chez un autre, atteint de syphilis héréditaire, le nez était absolument informe. La destruction plus ou moins complète du septum cartilagineux observé, dans nombre de cas, n'a pas empêché le succès de l'intervention. L'auteur se sert de deux

sortes de paraffines, l'une à 111° F. (43°9 C.) et l'autre à 116° F. (46,1 G.). Ces points de fusion sont, dit-il, excellents ; la paraffine se solidifie suffisamment vite, et il n'y a pas de crainte de provoquer des brûlures. La seringue qu'il préfère est celle d'Ekstein à laquelle il visse une aiguille dont la moitié est enroulée dans un tube de métal. Paget endort ses malades pour faire l'injection, celle-ci est pratiquée avec les soins employés couramment pour empêcher la paraffine de s'étendre trop loin et pour bien mouler la région injectée. Il n'a jamais observé d'accident d'embolie ; dans un seul cas il a eu un petit abcès à l'angle interne de l'œil. En somme, les résultats ont été fort satisfaisants. A. RAOULT.

Injectons de paraffine pour ensellures du nez, par LUCKNETT (Société clinique de la nouvelle polyclinique de New-York, 2 mai 1903, in *Saint-Louis, méd. journal*, août 1903).

L'auteur présente deux photographies d'un malade chez lequel il a pratiqué une injection de paraffine pour une ensellure du nez. Il s'est servi de la paraffine du commerce dissoute dans l'huile de vaseline, de façon à ce qu'elle atteigne son point de fusion à 42°7. Il a essayé les injections avec une paraffine à degré de fusion plus élevé, et cela au moyen d'une seringue à piston à vis ; la paraffine, dit-il, forme un bloc et ne pénètre pas dans les mailles du tissu conjonctif et entre les vaisseaux comme avec l'autre procédé.

F. M. Jeffriez constate que le procédé que l'on emploie cherche à obtenir ce que l'on produit en histologie en faisant pénétrer entre les tissus de la paraffine, destinée à leur servir de soutien pour pratiquer les coupes.

Francis J. Quinlan se sert de paraffine du commerce à laquelle il ajoute 10 à 15 % de vaseline. Il a enveloppé la canule d'une chape creuse en maillechort, dans laquelle circule de l'eau chaude à 49°. Il a pratiqué 94 injections sans grands accidents. Au lieu de faire serrer la base du nez par les doigts d'un aide, afin d'empêcher la paraffine de refluer trop loin, il se sert d'une bague en argent recouverte d'un tube de caoutchouc ; il le place sur le dos du nez, là où il veut arrêter la paraffine, puis fait son injection sous-cutanée.

Paralysie des cordes vocales (ibid). — P. S. Dongherty présente un malade atteint de paralysie complète de la corde vocale gauche et d'une paralysie partielle de la corde vocale droite, chez lequel un chirurgien pratiqua six mois auparavant une thyroïdectomie.

Douze jours après il fut pris de spasmes des muscles de l'avant-bras et des mollets accompagnés de vives douleurs et d'hyperesthésie, puis de convulsions épileptiques.

Le malade émet des sons à peine perceptibles ; mais parfois on peut le comprendre. Il s'agit de lésions du récurrent. Le chirurgien qui l'a opéré a pensé que les accidents étaient dûs à de l'infection tétanique.

Luckett dit qu'après l'ablation du corps thyroïde, ces accidents surviennent souvent sans qu'il y ait d'infection tétanique.

J. A. Bodine prétend qu'il est dangereux pour la thyroïdectomie d'endormir le malade ; tandis qu'en faisant une injection de cocaïne, on voit ce que l'on fait et on ne blesse pas le nerf.

W. B. Pritchard pense qu'il s'agit d'hystérie post-opératoire.

Dongherty pense que le récurrent n'a pas été lésé entièrement, car le malade a pu parler à certains moments. L'hystérie doit être éliminée, car la paralysie est unilatérale.

Pritchard dit que les paralysies hystériques sont souvent unilatérales pour les membres, et qu'il peut en être de même pour le larynx.

A. RAOULT.

Prothèse nasale métallique. Mécanisme de l'élimination de l'appareil, par PIERRE SEBILEAU (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 26 mai 1903, p. 346).

M. Sebileau présente un malade sur lequel il a pratiqué, il y a deux mois, un essai de prothèse nasale métallique. Le nez avait reçu un violent coup de manivelle qui n'avait respecté que les os propres du nez ; il n'y avait plus de saillie et le lambeau cutané recollé par suture immédiate a provoqué rapidement des signes d'obstruction nasale qui ont décidé le Dr Terrier à adresser le malade à Lariboisière dans le service du Dr Sebileau.

L'auteur fait alors l'opération suivante : un lambeau cutané est taillé à la manière d'Ollier et la perméabilité étant rétablie (en débarrassant les fosses nasales) un squelette nasal en or est appliqué sous les téguments. L'appareil est maintenu au-dessus des os propres, au-dessous de l'épine nasale, sur la branche montante des maxillaires supérieurs par des griffes et des coins de consolidation ; il est composé de trois arêtes verticales unies par plusieurs arêtes transversales. Les téguments de recouvrement étaient malheureusement durs, cicatriciels, violacés et manquaient d'étoffe. Aucun phénomène inflammatoire consécutif n'est remarqué ; mais six semaines après on voit la peau, comme appelée vers la pro-

sondeur, s'user sur les arêtes, s'enfoncer dans la profondeur et subir, sans réaction inflammatoire, une sorte de nécrobiose aseptique; l'appareil et les téguments se pénètrent mais les griffes restent solidement implantées dans l'os comme au premier jour. Ce n'est ici ni de l'infection chassant le corps étranger, ni de l'ostéite libérant et mobilisant l'appareil, c'est une usure progressive des téguments au niveau des arêtes, ces derniers étant attirés profondément par la rétraction cicatricielle. On en peut tirer cette conclusion qu'il y aurait le plus grand avantage à employer pour ces appareils une construction lamellaire et continue sans y pratiquer les vides que comporte celui-ci.

WICART.

Contribution à la vaporisation intra-nasale, par K. BOYÉ (*Monatschrift f. Ohrenheilk.*, n° 6, 1903).

Boyé, assistant de Thost, a essayé, à la clinique du dernier, le procédé préconisé par Berthold, au congrès des naturalistes de 1901. En général, ce procédé consiste à exposer la muqueuse nasale, sinusale, etc., à la vapeur d'eau, émanant d'une chaudière chauffée à 115°. Il s'agit évidemment de faire une brûlure très étendue en surface à l'aide de la vapeur d'eau.

Une cocaïnisation énergique est nécessaire. La chaudière est construite d'après les indications de Pincus; la canule intranasale indiquée par Berthold a été modifiée par Thost.

Parfois la cocaïnisation ne suffit pas; si l'on emploie l'anesthésie générale il faut être prudent. La durée d'une séance est généralement de une à trois secondes. A la suite de la séance le malade doit garder le lit un jour.

Au bout de huit ou dix jours, quand la réaction de la cautérisation a disparu, le malade a été soumis au traitement consécutif par les lavages, le spray, les badigeonnages, les pommades, etc. Il a suffi de faire, sur vingt-deux malades, quarante et une vaporisations; neuf malades ont été guéris par une seule séance de vaporisation. Tous ces cas étaient des cas de rhinite atrophique. Chez tous les phénomènes subjectifs (céphalée, inappétence, etc.), la fétidité, la formation des croûtes a disparu.

L'auteur ne peut pas dire, malgré quinze mois d'observation chez quelques cas soignés, si la guérison est radicale. Mais l'auteur croit que l'atmocautie, la cautérisation par la vapeur d'eau, mérite dans le traitement de l'ozène la première place. A la fin de son travail, Boyé donne les observations des 22 cas soignés par ce nouveau procédé.

L'auteur prétend que ce procédé est une intervention relativement simple et sans suite fâcheuse. Même si l'on accorde ceci à l'auteur, on peut douter de l'efficacité réelle de l'« atmocaustie » parce que les malades ont continué pendant des mois un traitement consécutif par les lavages, les badigeonnages, etc., traitement qui, à lui seul, nous donne sans atmocaustie dans beaucoup de cas des résultats relatifs qui, pour beaucoup de malades, équivalent à une guérison.

LAUTMANN.

Un cas de myosis des fosses nasales, par CESARE (*Arch. ital. di otologia*, vol. XIV, p. 395, 1903).

Cette affection, qui se rencontre rarement sous nos climats, fut observée chez une femme de 28 ans, habitant les environs d'Udine. Elle se traduisait par la plupart des signes habituels d'une sinusite frontale aiguë : douleurs vives, obstruction nasale, larmoiement, photophobie, sensation de distension du crâne, insomnie. Des lavages du nez provoquèrent l'issue de sécrétions purulentes fétides assez abondantes et d'un nombre considérable de petits vers blanchâtres, animés de mouvements de rotation rapides, annelés, à extrémité céphalique arrondie et à extrémité caudale effilée, longs de trois à quatre millimètres. Il s'agissait de larves de mouche ou de papillons. Comme la femme avait l'habitude de faire la sieste sur l'herbe dans la campagne, il est probable qu'un insecte était venu déposer ses œufs dans son nez et qu'une fois écloses les larves avaient pénétré, grâce à leurs mouvements d'ondulation latérale, jusque dans le sinus frontal. L'issue de ces larves fut suivie de la guérison complète de la malade.

M. BOULAY.

La photothérapie dans l'ozène, par J. DIONISIO (*Giorn. d. R. Accademia di med. di Torino*, juillet-août 1903, n° 278, p. 506).

L'auteur fait une nouvelle communication sur ce sujet. Les améliorations et les guérisons obtenues dans plus de 20 cas persistent sans que les patients aient fait d'autre traitement. La durée du traitement est longue ; dans quelques cas il a fallu jusqu'à 240 séances, de deux heures chacune ; dans les cas légers 40 séances environ ont suffi.

L'action de la lumière sur la muqueuse nasale, anémiée préalablement par un badigeonnage à l'adrénaline, se traduit par : 1° une diminution de la fétidité ; 2° une hypersécrétion de la

muqueuse et la chute des croûtes ; 3° des éternuements, de la céphalée et de légers vertiges quand la lumière est intense.

Les bons effets du traitement doivent être attribués à l'action bactéricide de la lumière et peut être d'un effet excitant sur la nutrition des tissus.

L'auteur a employé le même traitement avec de bons résultats dans divers cas de rhinite catarrhale chronique, de pharyngite et de rhino-pharyngite chroniques.

M. BOULAY.

Altérations produites dans la macula lutea et l'organe de Jacobson par la destruction des bulbes olfactifs, par D. MOCCHI (*Arch. ital. di laringol.*, avril 1903, fasc. 2, p. 37).

La destruction des bulbes olfactifs chez le lapin est suivie d'altérations des cellules sensorielles périphériques (zone olfactive de la muqueuse nasale ou macula lutea), altérations pouvant aller jusqu'à la destruction des neurones : ces résultats sont en contradiction avec ceux de Colasanti qui n'a jamais observé de lésions des neurones terminaux après résection du nerf olfactif chez la grenouille. Par ces procédés on peut démontrer l'existence, chez le lapin, de neurones olfactifs périphériques dans l'organe de Jacobson normal : la destruction des neurones de la macula lutea s'accompagne en effet toujours de la destruction de ceux de l'organe de Jacobson. L'association constante de ces lésions fortifie l'opinion de ceux qui voient en l'organe de Jacobson, au moins chez certaines espèces animales, un organe olfactif plus ou moins rudimentaire.

M. BOULAY.

Dégénérescence carcinomateuse multiple dans quelques cas de tumeurs nasales, par D. TANTURRI (*Arch. ital. di laryngol.*, avril 1903, fasc. 2, p. 69).

Ce cas est un exemple de guérison radicale de tumeur maligne par une intervention hâtive. Une femme de 50 ans, non syphilitique, déjà opérée autrefois de polypes du nez, accusait une obstruction complète de la fosse nasale gauche depuis deux ans : cinq petites tumeurs, lisses et pédiculées, ayant toute l'apparence de fibromes, furent enlevées séance tenante ; la respiration se rétablit aussitôt, et la malade, examinée à plusieurs reprises dans les années suivantes, resta définitivement guérie.

Or, l'examen histologique de ces tumeurs, dont l'aspect extérieur était celui de néoplasmes bénins, montra que leur centre

présentait, chez toutes, un début de dégénérescence carcinomateuse évident.

M. BOULAY.

Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la rhinite hypertrophique, par PASMNIK (de Genève) (*Revue méd. de la Suisse Romane*, 20 janvier 1903.)

L'auteur reconnaît, avec M. S. Citelli, les formes suivantes de la rhinite hypertrophique : fibro angio-adénomateuse vasculaire, papillo-fibromateuse, polypoïde. Les deux premières formes ont des lésions diffuses ; les deux dernières des lésions localisées.

Le symptôme dominant est la gêne respiratoire ; un second symptôme est une abondante sécrétion nasale, remplacée cependant, dans quelques cas, par la sécheresse du nez. La diminution ou la perte de l'odorat, la voix nasillarde, l'épistaxis et la céphalalgie complètent le tableau clinique.

Les complications peuvent être classées en : complications organiques et complications réflexes.

Les premières comprennent les *complications nasales* (sinusite, polypes, ulcères de la cloison, acné), les complications *pharyngées* et respiratoires (pharyngite granuleuse, hypertrophie amygdalienne, hypertrophie des piliers, catarrhe chronique du larynx, de la trachée et des bronches, les complications *auriculaires*, otalgies, bourdonnements passagers, otites moyennes catarrhales et suppurées) ; les complications *oculaires* (larmoiement par compression du canal lacrymo-nasal, dacryocystite par infection du même canal, œdème des paupières, conjonctivites diverses, kératite phlycténulaire, exophtalmie ?) ; les complications *générales* (maladies infectieuses par suppression du rôle de la muqueuse nasale, telles que la grippe, la rougeole, la scarlatine, la lèpre, l'érysipèle, la diphthérie, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale.

Les secondes sont la *neurasthénie*, l'asthme, les névroses cardiaques, les complications *réflexes céphaliques*, telles que vertiges, amnésie, céphalalgie, épilepsie, migraines, les complications *réflexes oculaires* (blépharospasme, strabisme, défauts d'accommodation, asthénopie, amaurose, photophobie, etc.).

Après cette longue énumération, l'auteur s'excuse d'être encore incomplet ; il faudrait, pour ne rien oublier, examiner tous les organes.

Puis vient le traitement. Au point de vue prophylactique, M. Pasmanik pense que la rhinite hypertrophique n'existerait pas si l'on traitait tous les coryzas aigus, à leur début, par les inhala-

tions de menthoforme (combinaison de menthol et de formal-déhyde) ou par les insufflations de sozoiodol de potassium combiné avec le menthol.

Quand la rhinite hypertrophique est constituée, que faut-il faire ? D'abord (chez l'enfant) enlever les végétations adénoïdes ; puis toutes les cautérisations médicamenteuses étant sans effet, employer l'une des deux méthodes suivantes : la galvano-cautérisation ; l'ablation aux ciseaux (turbinotomie par section),

La première méthode est indiquée dans l'hyperplasie vasculaire de la muqueuse nasale. La seconde, qu'on peut pratiquer avec les ciseaux de Heymann, de Beckmann. L'anse froide ou les pinces coupantes d'Hartmann est indiquée dans la forme papillaire, polypoïde, dans les queues de cornet.

Les deux méthodes sont applicables dans les cas de rhinite diffuse, où tous les tissus sont hypertrophiés ; mais plus l'hypertrophie est développée, plus la turbinotomie s'impose. Puis, il y a aussi les indications qui surgissent des individualités.

Les complications de la galvano-cautérisation sont les angines aiguës et les otites ; la turbinotomie, elle, expose aux hémorragies et engendre aussi quelquefois des otites.

La turbinotomie n'a qu'une contre-indication : l'hémophilie. La galvano-cautérisation est contre-indiquée par la grossesse (?) l'existence de complications oculaires, l'hystéro-neurasthénie.

Quels sont les résultats thérapeutiques ? La gêne respiratoire disparaît et toutes les complications liées à cette gêne (telles que pharyngites et laryngites) s'améliorent ou guérissent. Sont également très heureusement influencés, la scrofule, l'eczéma nasolabial, la conjonctivite, la kératite, le gonflement du nez, l'anémie et l'acné. Le pronostic, pour ce qui concerne les complications auriculaires, dépend des altérations anatomiques de la caisse. L'asthme, au début, disparaît ; l'asthme confirmé s'améliore.

Tel est ce mémoire d'une quarantaine de pages, sérieusement travaillé, intéressant, que personne ne lira sans profit. Peut-être quelques-uns trouveront-ils que l'auteur s'y montre spécialiste à outrance et que la rhinite hypertrophique y empiète vraiment un peu sur le champ de la médecine.

P. SEBILEAU

Troubles mentaux à forme mélancolique dus à l'existence ignorée de polypes muqueux des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs, par ROYET (*Lyon méd.*, 26 juillet 1903, n° 30, p. 439).

Un homme de 38 ans, présentant une légère obnubilation intel-

ectuelle. Une difficulté notable à fixer son attention, et par suite un retard dans la compréhension des mots entendus ou des opérations intellectuelles qui étaient perçues comme exprimées deux fois, en écho, pour ainsi dire ; une légère fuite des idées, un état de demi-rêve ; une impression d'angoisse, d'inquiétude, de fatigue de dépression ; en plus, il existait une céphalée constante, à paroxysmes irréguliers.

Tous ces phénomènes étaient consécutifs à l'existence de polypes muqueux du nez implantés sur le cornet moyen. Ces tumeurs ne gênaient pas la respiration. Elles étaient restées complètement ignorées jusqu'à l'examen, ne déterminant aucune sensation pénible. Leur extirpation fut suivie de la disparition complète des troubles mentaux.

Ces phénomènes mentaux peuvent recevoir des interprétations diverses ; ils étaient, sans doute, la conséquence d'actions vaso-motrices réflexes sur les centres nerveux et aussi d'« influences directes sur la circulation lymphatique et sanguine du cerveau par les communications qui existent entre les vaisseaux de la pituitaire et les vaisseaux intra-crâniens » (!) Les maladies du nez étant souvent latentes, « l'origine nasale des divers troubles nerveux ou autres peut donc et doit souvent passer inaperçue ».

M. Roget rapproche de ce fait l'observation publiée en 1897, par Hearder, d'une mélancolie avec apparence de démence complète guérie par l'ablation d'un lipome.

P. SEBILEAU.

Le coryza atrophique est-il une affection autonome, E. J. MOURE
(*Rev. hebd. de laryngol.*, 3 oct. 1903, n° 40, p. 401).

Il y a différentes variétés de coryza ozénateux ; non seulement cette rhinite a des formes cliniques variables, mais encore son aspect clinique de la période où on examine le malade et de l'âge de celui-ci : adolescent, adulte et veillard, réagissent d'une manière différente ; ils ne sont égaux, ni devant la maladie ni devant la thérapeutique de celle-ci.

Il y a des rhinites atrophiques qui débutent par un coryza purulent infantile souvent accompagné d'une ou de plusieurs sinusites : c'est une rhinite secondaire dont on peut arrêter l'évolution par un traitement appliqué en temps opportun.

Il existe, chez certains adolescents, un coryza pseudo-atrophique strumeux dans lequel les cornets sont atrophiés, mais dans lequel la muqueuse, qui n'est pas devenue parcheminée, réagit sous l'influence des excitants mécaniques physiques et chimiques ; c'est

une sorte de coryza prébacillaire avec croûtes jaunâtres, peu épaisses, sans fétidité. C'est là une rhinopathie constitutionnelle autonome, souvent héréditaire.

Enfin, il y a le coryza atrophique souvent congénital, presque toujours héréditaire ou, tout au moins familial, caractérisé par la diminution de volume des cornets, la présence de croûtes noires, épaisses, stratifiées, fétides. Cette variété, assez souvent accompagnée de sinusite secondaire, est tenace, rebelle; elle a deux signes caractéristiques: l'abondance de la sécrétion et l'élargissement des cavités du nez.

Dans la première forme (coryza purulent ozénateux des adolescents) il faut cureter le tapis adénoïdien, faire ensuite des irrigations variées, pratiquer le massage manuel ou électrique et faire suivre celui-ci, suivant la méthode de Meyjes de pulvérisations au nitrate d'argent (de 5 à 15 %). Pas de résection de la pituitaire, pas d'applications galvano-caustiques.

La seconde variété (coryza pseudo atrophique strumeux) est justiciable de lavages antiseptiques chauds (eau oxygénée, eau boriquée oxygénée) et d'un traitement général attentif.

La troisième variété (coryza atrophique ozénateux) chez les enfants jeunes doit être traitée par les lavages réguliers jusqu'à 7 ou 8 ans, époque à laquelle on pourra appliquer la thérapeutique qui convient aux adultes, et qui n'est pas autre chose que la reconstitution des cornets par des injections de paraffine. C'est là un traitement efficace contre la sécrétion et contre l'odeur qui résulte de celle-ci. Tous les ozéneux ne guérissent certes pas sous l'influence de cette thérapeutique, car elle est, chez certains malades, d'une application très difficile en raison de l'atrophie et de la friabilité de la muqueuse. Pour préparer cette muqueuse aux injections, il est souvent utile de pratiquer des massages de la pituitaire, des pulvérisations nitratées, des irrigations qui enlèvent les croûtes et donnent de la vitalité aux tissus.

La méthode de Gersuny-Ekstein, appliquée au coryza atrophique ozéneux peut donc être considérée comme un progrès réel; ses succès consacrent la théorie de Zaufal, puisqu'il suffit de rétrécir le calibre des cavités nasales pour voir la sécrétion se modifier et l'odeur disparaître.

P. SEBILEAU.

Thrombose multiple des sinus avec abcès cérébelleux et méningite avec point de départ probable dans une ostéo-myélite du sphénoïde, par H. WILSON (*Archives of otology.*, vol. XXXI, déc. 1902).
Malade de 34 ans, ayant eu 4 ans auparavant une otite aiguë

double, se présente avec des signes qui font penser à une mastoïdite gauche. A l'opération on ne trouve rien et on est gêné par une hémorrhagie profuse. Onze jours plus tard on ouvre le sinus latéral où on trouve du pus et le lendemain le sinus latéral droit où on ne trouve rien. Les jours suivants demi-coma, chémosis, ptose, protusion du globe oculaire, etc.

A l'autopsie, le sinus latéral, les sinus pétreux et le sinus caverneux du côté gauche, le sinus caverneux et le sinus pétreux supérieur contiennent du pus. Lepto-méningite basilaire et petit abcès cérébelleux gauche d'origine récente. Il y avait de plus des caillots solides dans la jugulaire, le sinus longitudinal, etc. Enfin carie nette (une photographie) de la partie postérieure et supérieure du corps du sphénoïde.

L'auteur discute le rôle de cette carie osseuse dans la production des sinus. — Le malade avait de la rhinite atrophique.

M. LANNOIS.

De la trépanation large du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur (Procédé de Claoué. Modifications d'Escat), par L. VAQUIER (*Archiv. int. laryngo*, n° 4, 1903).

L'opinion actuelle de la plupart des rhinologistes français, pour le traitement d'une sinusite maxillaire chronique, est qu'il faut opter entre deux méthodes : ponction du méat inférieur et lavages, et si l'on n'obtient pas de résultat, opération radicale de Caldwell-Luc. La nécessité d'un moyen terme s'imposait ; il est maintenant trouvé : c'est la trépanation large de la paroi endonasale du sinus maxillaire. Kaspariantz, et mieux encore Rethi, avaient tenté l'un le morcellement des bords de l'hiatus semi-lunaire, l'autre de créer une brèche taillée en partie dans le méat moyen et le méat inférieur ; Claoué, de Bordeaux décrit et applique avec succès le drainage du sinus après résection large de la paroi sinusale du méat inférieur, auquel Escat a apporté quelques modifications.

L'opération se compose de quatre temps : en décrivant chaque temps nous indiquerons le procédé primitif de Claoué et les modifications ainsi que l'instrumentation.

Un bon éclairage est indispensable et le miroir de Claoué doit être préféré. Après avoir obtenu l'anesthésie et l'ischémie du méat et du cornet inférieur, on incise les deux tiers antérieurs du cornet inférieur, ce qui est le 1^{er} temps de l'opération, avec une paire de ciseaux à conchectomie.

Le 2^e temps est la section du lambeau de cornet incisé en se servant d'une anse froide montée sur un polypotome de Lermoyez.

On donne alors au malade une vingtaine de minutes de repos après avoir appliqué sur la paroi du sinus un tampon imbibé de cocaïne et adrénaline.

Pour accomplir le 3^e temps, c'est-à-dire *trépanation de la paroi sinusale*, il faut commencer par repérer la « zone d'attaque », qui se trouve à 2 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cornet, à une hauteur variant entre 16 et 18 millimètres au-dessus du plancher.

En ce point, on pratique une ponction exploratrice qui renseigne sur l'état du sinus, puis on applique une tréphine montée sur le tour électrique. M. Escat employait au contraire une fraise de Doyen.

Depuis, les deux auteurs emploient, M. Claoué un gros trocart qui permet de pratiquer la trépanation en un seul tour de main, M. Escat un trocart qui crée une ouverture rectangulaire.

Il ne reste plus qu'à *agrandir la brèche osseuse*, 4^e temps de l'opération ; avec une pince emporte-pièce, analogue à la pince latérale à bulle ethmoïdale de Lermoyez, mais plus puissante et plus grande, on donne à l'ouverture la dimension de la pulpe du pouce, s'attachant à réduire le plus possible le rebord ostéo-muqueux qui sépare le plancher du sinus et le plancher nasal.

M. Escat, après avoir utilisé d'abord une pince emporte-pièce, se sert maintenant de crochets tranchants spéciaux en forme de griffe, l'un simple et l'autre double ; le crochet double étant introduit dans la brèche rectangulaire faite à la partie la plus postérieure de la zone d'attaque, il suffit d'exercer sur sa tige une forte traction pour découper un lambeau ostéo-muqueux rectangulaire, à pédicule antérieur, que l'on détachera avec une anse ou avec une pince coupante. Le crochet simple destiné à pratiquer la section du lambeau en deux temps est plus facilement manié dans une fosse nasale étroite ou lorsque la paroi sinusale est épaisse.

Le sinus, largement ouvert, est nettoyé avec une injection d'eau bouillie, puis avec une solution de permanganate de potasse à 1/100 ; on pratique ensuite un curettage avec une curette nasale à tige malléable, sans s'attacher, ce qui serait du reste difficile, à faire un curettage consciencieux. Nouveau lavage, séchage du sinus, pulvérisation d'une poudre antiseptique et tamponnement qu'on enlève au bout de 24 ou 48 heures ; on pratiquera ensuite des lavages journaliers dans la première semaine, biquotidiens dans la seconde, puis deux fois par semaine.

La cicatrisation, qui peut être favorisée soit par le nitrate d'argent, soit par des injections de glycérine iodée, varie dans les cas favorables entre un mois et demi et deux mois.

M. GRIVOT.

III. — LARYNX

Recherches sur les mouvements respiratoires dans les défauts de parole, par J. TEN CATE, d'Amsterdam (*Med. päd Monatschrift. f. die ges. Sprachheilkunde*, p. 247 et 322, 1902.)

Travail de la clinique de Gutzmann. — L'auteur a étudié les mouvements respiratoires dans l'aphasie, le bégaiement, la fissure du palais, la surdi-mutité. Il conclut ainsi :

1° Dans les divers troubles de la parole, la respiration à l'état de repos ne diffère pas de celle des personnes qui parlent normalement ;

2° Elle est troublée dans l'acte de la parole dans tous les cas examinés ;

3° L'anachronisme normal (entre les courbes de la respiration thoracique et de la respiration abdominale) pendant la parole disparaît le plus souvent dans l'aphasie, le bégaiement, la surdité ; elles deviennent synchrones. Le contraire existe dans les fissures palatines ;

4° Dans les vices de parole, le tracé de l'inspiration pendant la parole est plus brusque qu'à l'état normal. Le nombre des respirations est plus élevé.

5° Il est indispensable d'étudier comparativement les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ;

6° Dans le bégaiement et la plupart des autres troubles de la parole il y a lieu de pratiquer des exercices respiratoires.

Nombreux tracés.

M. LANNOIS.

Recherches expérimentales sur les altérations histologiques des cordes vocales à la suite de leur paralysie, par G. ARPA. AUVERNY (*Arch. ital. di laring.*, oct. 1903, fasc. 4, p. 145.)

On ne saurait juger du degré de curabilité ou d'incurabilité d'une paralysie récurrentielle, si l'on ne connaît pas ce qui reste, au bout d'un temps donné, de la corde vocale paralysée. Pour élucider la question, l'auteur a fait des recherches, à la fois expérimentales et cliniques, d'où il résulte que :

1° Dans les deux premiers mois qui suivent la destruction d'un récurrent, la corde vocale ne subit pas d'altérations histologiques notables ;

2° Passé ce temps, la corde présente des lésions d'autant plus prononcées que l'altération du nerf a été plus profonde et est plus ancienne : chute de l'épithélium, diminution de nombre des glandes, atrophie, puis disparition des fibres musculaires ; fibres élastiques dissociées, fragmentées.

La corde saine subit au contraire une hypertrophie de tous ses éléments avec infiltration leucocytaire.

Il résulte de ces faits qu'une paralysie récurrentielle peut guérir complètement, lorsqu'elle ne date pas plus de deux mois, à la condition toutefois que les lésions du nerf ne soient pas trop profondes.

M. BOULAY.

Les fonctions de l'épiglotte, par SAINT-CLAIRE THOMSON. (*The practitioner*, janv. 1903, p. 108.)

Il faut abandonner l'ancienne théorie admettant que dans la déglutition, l'épiglotte se rabat sur l'entrée du larynx à la façon d'une soupape. Des examens de ses mouvements contrôlés par la laryngoscopie, il résulte d'après Bensbrau, que les différents temps de la déglutition se passent comme il suit : Au moment où la langue se meut en arrière vers la paroi pharyngienne, les cartilages aryténoïdes commencent à se glisser en dedans et en avant vers l'épiglotte, et au même moment le larynx entier s'élève en haut et un peu en avant, ouvrant ainsi l'entrée de l'œsophage. L'épiglotte prend part dans une certaine mesure à cette ascension. Elle reste appliquée contre la face postérieure de la langue ; celle-ci se meut en arrière et l'ensemble cache la vue du mouvement en avant des cartilages aryténoïdes, effectué par ceux-ci lorsqu'ils ont effectué la moitié de la route vers l'épiglotte. L'épiglotte est poussée en arrière jusqu'à ce qu'on la voie située entre la paroi postérieure du pharynx et la base de la langue, dans une telle position qu'il lui est absolument impossible de s'abaisser jusqu'à recouvrir l'entrée du larynx. Pendant ce mouvement en arrière, ses bords latéraux sont tirés en arrière et en bas, par les muscles aryténo-épiglottiques, rendant la face postérieure du cartilage d'autant plus concave.

L'épiglotte servirait surtout à recevoir sur sa face supérieure les mucosités venant de la bouche, et à les diriger latéralement vers les fossettes pyriformes, d'où elles passent facilement dans

l'œsophage. De même elle doit servir à faire passer les liquides dans l'œsophage, sans qu'il se produise de mouvement des constricteurs.

A. RAOULT.

Aiguille implantée dans le larynx : thyrotomie verticale médiane ; restauration partielle de la voix, par DURAND (*Lyon méd.*, 19 juillet 1903, n° 29, p. 93).

Un jeune homme ayant avalé une aiguille, M. Garel pratiqua sur lui l'examen laryngoscopique, et vit la tête du corps étranger apparaître au côté gauche postérieur du larynx, entre la fausse et la vraie corde vocale. Le lendemain la partie saillante dans le larynx était beaucoup plus considérable. On décida de pratiquer la thyrotomie verticale médiane. L'opération (dans le service de M. Pollosson) fut très simple, et l'aiguille put être facilement extirpée. Mais M. Durand, après avoir fait la suture du thyroïde, craignant l'emphysème, n'osa pas réunir les plans superficiels ; aussi la plaie se mit-elle à bourgeonner abondamment et mit-elle beaucoup de temps à se cicatriser. Désormais, l'auteur suturera ces plans superficiels ; il aura raison. Les observations ne sont plus rares aujourd'hui qui démontrent que les plaies des voies aériennes bien suturées se cicatrisent par première intention, et qu'on peut, par dessus, suturer le plan musculaire et les téguments, même sans drainage de sûreté (quoique celui-ci constitue, pratiqué pendant quelques heures, une mesure prudente). Entre autres faits, nous connaissons les deux observations très démonstratives présentées ces dernières années à la Société de chirurgie, par M. P. Sebileau. Un fait intéressant, tout en étant classique, de l'observation de M. Durand, est celui-ci : après la thyrotomie, il n'y eut aucune complication, et dès le lendemain la voix était parfaitement normale, forte et avec son timbre habituel. L'examen laryngoscopique montra à M. Garel que la partie antérieure du larynx portait des traces à peine visibles de l'intervention, et que les cordes vocales étaient bien orientées ; elles n'étaient cependant pas tout à fait sur le même plan, léger défaut qui ne troublait en rien les fonctions laryngées.

CLAM.

IV. — PHARYNX

Fibrome typique de la luette, par A. D'AGUANO (*Boll. delle malattie dell' orecchio*, etc., août 1903, n° 8, p. 163).

Les tumeurs de la luette sont d'ordinaire soit de simples papillomes, soit des tumeurs malignes propagées d'un organe voisin (voile ou amygdale) à la luette : on ne rencontre pas d'exemple de néoplasme d'autre nature dans la littérature médicale.

L'auteur publie le premier cas de fibrome primitif de la luette : l'examen microscopique montra que le néoplasme avait la structure caractéristique de cette variété de tumeurs. Il se présentait sous l'aspect d'une grosseur du volume d'un haricot, située à la face postérieure de la luette et recouverte d'une muqueuse de couleur normale ; muni d'un court pédicule, il suivait tous les mouvements de la luette et ne provoquait d'ailleurs aucun trouble.

M. BOULAY.

Végétations adénoïdes au point de vue des praticiens, par P. L. DANIEL (*The practitioner*, avril 1903, p. 469).

Cette étude clinique, destinée aux praticiens, comporte la description anatomo-pathologique, l'étiologie, la symptomatologie des végétations avec leurs complications. Il s'étend longuement sur l'examen physique et en particulier sur l'épreuve du spray, puis sur le pronostic et le diagnostic. Remarquons à propos du traitement, que l'auteur conseille d'opérer, le malade étant couché sur le côté droit ; il opère dans la même position pour enlever les amygdales (ce qu'il fait avant d'enlever les végétations). Pour l'anesthésie, il se sert de protoxyde d'azote ou de somnoforme. La curette utilisée est celle de Gottstein dont la fenêtre est carrée au lieu d'être ovale ; de plus, les branches latérales sont deux fois pliées au lieu de suivre une courbe continue. Enfin l'auteur fait un premier curettage avec une curette large, puis un second avec une plus étroite.

A. RAOULT.

Pharyngotomie transhyoïdienne, par ALBERT CARLESF (*The practitioner*, mai 1903, p. 661).

Ce procédé opératoire a donné d'excellents résultats à l'auteur dans un cas de cancer de la base de la langue, avec propagation

à l'épiglotte. Il a été décrit par Vallas dans la *Revue de chirurgie* de mai 1900. Il consiste à pratiquer une incision verticale partant du menton jusqu'au cartilage thyroïde. L'os hyoïde est sectionné sur la ligne médiane; par cette voie on arrive dans le pharynx, soit en passant à travers la base de l'épiglotte, soit en détachant celle-ci. Par ce procédé, on découvre aussi la partie inférieure du pharynx et la face postérieure de la langue. Avant de pratiquer cette pharyngotomie, l'auteur fait la trachéotomie préventive.

A. RAOULT.

Contribution à l'histologie des végétations adénoïdes, par UFFENORDE (*Archiv. f. Ohrenheilkunde*, Bd 58, Hfr. 4-2, mars 1903).

L'auteur a examiné histologiquement 64 cas de végétations adénoïdes, et donne une description longue et détaillée de toutes les particularités observées.

Le point le plus intéressant de ce travail est celui qui a trait à la tuberculose de l'amygdale pharyngée. Dans 3 cas, c'est-à-dire dans 4 à 5 % des cas il a trouvé des lésions bacillaires non douteuses. Il s'agissait, dans les 3 cas, d'enfants âgés de 8 ans, dont l'un avait eu une arthrite suppurée, et dont un autre avait des signes suspects aux poumons. Ces malades furent soumis aux injections de tuberculine avec un résultat positif.

L'auteur voit dans les constatations de tuberculose latente qu'il a faites dans ces 3 cas une indication de plus à l'opération des végétations adénoïdes. Il conseille de faire, toutes les fois qu'il sera possible, une injection préalable avec la nouvelle tuberculine.

M. LANNOIS.

Traitement de la pharyngite catarrhale hypertrophique chronique par les scarifications réticulées, par E. ESCAT (*Arch. int. de laryngol.*, 1903, n° 4).

L'auteur rappelle rapidement que la pharyngite hypertrophique chronique, mode de transformation fréquent de la pharyngite chronique simple est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique par : 1° des lésions catarrhales chroniques vulgaires ; 2° une sclérose hypertrophique du chorion muqueux ; 3° une hypertrophie des muscles pharyngiens, en particulier des constricteurs, modifications amenant la réduction de la capacité de la cavité pharyngienne et l'état pharyngoscopique décrit par Gellé sous le nom de pharynx virtuel. Au point de vue clinique par une symptomatologie

analogue à celle de la pharyngite chronique simple, mais en général compliquée de pharyngodynie, de pharyngisme et d'état nauséux, symptômes qui donnent à l'affection un caractère plus franc de chronicité, d'autant que les sujets atteints de cette affection sont en général des neuro-arthritiques, des herpétiques, des congestifs.

Devant l'impuissance de nos moyens d'action, on devait chercher un traitement capable d'améliorer cet état chronique, car si un grand nombre de sujets atteints de cette affection fait bon ménage avec elle, il en est certains, plus rares, il est vrai, mais toujours trop nombreux, qui désirent la combattre et nous harcèlent de leurs instances.

Le brossage de la muqueuse avec une brosse de peintre à poils courts, imbibée de solution iodo-iodurée, proposé par Ruault, est excellent mais la réaction inflammatoire toujours assez vive entraîne une dysphagie qui peut se prolonger quelques jours. En 1897, Faraci, de Palerme, avait proposé contre cette affection des scarifications avec un scarificateur spécial; cette méthode ayant paru fort rationnelle à l'auteur qui ne put se procurer l'instrument de Faraci, il fit construire par Collin un scarificateur pharyngien.

Cet instrument se compose de huit lames dont la pointe rappelle celle d'une lancette à saignée, disposées sur un rang et séparées par un intervalle de deux millimètres; le scarificateur, ainsi constitué, est fixé sur un manche métallique droit dont la tige peut être coudée à volonté; quant aux lames, un curseur permet d'en limiter la partie active suivant la profondeur que l'on veut donner aux scarifications.

Après un gargarisme antiseptique on pulvérise une solution de cocaïne à plusieurs reprises sur les régions qui vont être scarifiées. Les scarifications sont faites d'abord longitudinalement, puis horizontalement sur le voile, les piliers antérieurs et la luette; on laisse l'hémorragie s'arrêter spontanément, puis après un nouveau gargarisme, on badigeonne, avec un gros pinceau d'ouate, les surfaces scarifiées, soit avec la solution iodo-iodurée, soit avec une solution de chlorure de zinc au 1/30.

Les jours suivants, gargarismes et régime liquide; le voile présente un aspect ecchymotique et l'épithélium se desquame en plaques pseudo-membraneuses.

Au bout de dix ou quinze jours on fait une seconde séance sur la paroi spinale et les piliers postérieurs.

L'amélioration des symptômes subjectifs exige au moins un

mois et même deux mois; on constate alors une diminution très appréciable de la congestion de la muqueuse.

M. GRIVOT.

Paralysies précoces du voile du palais dans la diphthérie et leur pathogénie, par M. DEGUY (*Rev. mens. maladies de l'enfance*, juin 1903).

La paralysie diphthérique débute généralement dans la convalescence, après que les fausses membranes ont disparu, mais cependant elle peut être plus précoce, survenant pendant l'évolution locale de la maladie; pour M. Sevestre, elle est en général plus bénigne, plus limitée. L'auteur a eu l'occasion d'observer des faits de cet ordre, mais à côté il faut placer selon lui une forme précoce et grave, symptomatique d'une diphthérie maligne qui se termine en général par la mort.

Ces paralysies précoces font partie d'un syndrome clinique bien exposé par M. Marfan (*Soc. méd. hôpitaux*, 11 juillet 1902). Etant donné qu'on les observe dans les formes graves de diphthérie avec septicémie diplococcique, l'auteur s'est demandé si ces paralysies n'étaient pas infectieuses plutôt que toxiques et s'il ne s'agissait pas plutôt d'une myosite diplococcémique que d'une paralysie nerveuse due à la toxine diphthérique. Les recherches histologique faites ont confirmé cette hypothèse, car on constate :

L'intégrité absolue de l'épithélium, ce qui fait supposer que l'infection sous-jacente n'a pas pénétré par effraction mais par voie sanguine ou lymphatique; les muscles présentent des lésions de myosite indiscutables, mais l'auteur attire surtout l'attention sur des éléments spéciaux rencontrés dans le tissu conjonctif interfasciculaire: ce sont des amas de granulations qui pourraient être pris pour des matzellen dont ils présentent certaines réactions colorantes, mais non toutes; ces grains ressemblent à des cocci, et certains grains isolés à la périphérie sont disposés en diplocoques. L'auteur a retrouvé de semblables éléments dans les nerfs répondant aux régions paralysées chez des enfants avec des paralysies diphthériques périphériques et se demande s'il ne s'agit pas de bouchons microbiens dans les capillaires, de thrombo-capillarites oblitérantes; il le croit d'autant plus volontiers que, dans ces cas, la culture du sang donne toujours des microcoques.

Comme conclusion il semble qu'il faut admettre l'origine inflammatoire de certaines paralysies du voile et, dans ces cas, l'action

de deux éléments, toxine diphtérique et diplococcie, est nécessaire ; si la toxine agit par l'intermédiaire du système nerveux, la diplococcie agit par thrombo-capillarite oblitérante et par inflammation interstitielle.

M. GRIVOT.

Affections malignes de l'œsophage, par SAINT-CLAIR THOMSON (*The Practitioner*, janvier 1903, p. 403).

Il est des cas où le cancer de l'œsophage ne s'accuse pas par une dysphagie progressive, comme dans la plupart des cas. Emmanuel a décrit un certain nombre d'observations où il avait remarqué les signes suivants : douleurs épigastriques, vomissements, flatulence, respiration courte, toux et expectoration ; perte de la phonation, stridor et toux produite par le passage des aliments, hémoptysies. La paralysie laryngée est un symptôme fréquent et très net de tumeur œsophagienne, dû à une compression du récurrent. Emmanuel a signalé un cas dans lequel le diagnostic du cancer de l'œsophage fut fait à l'autopsie, le malade étant mort de pyopneumothorax, tandis que pendant la vie aucun symptôme n'avait fait penser à la première affection.

A. RAOULT.

De la faculté de parler après l'ablation de la langue, par JACOBSON (*Practitioner*, mai 1903).

Dans un article, sur « 50 cas d'opérations du cancer de la langue », l'auteur rapporte le cas d'un chirurgien de l'armée des Indes, qui, après l'ablation totale de la langue, pouvait raconter fort distinctement les épisodes de la guerre des Indes auxquels il avait assisté, tandis que sa narration était émaillée de nombreux mots indiens fort difficiles à prononcer.

A. RAOULT.

Le traitement du goitre, par WÆFLER (*Prager med. Wochens.*, I. XXVIII, n° 5).

Avant d'aborder le sujet, Wæller mentionne deux méthodes opératoires auxquelles on a rarement recours : la dislocation du goitre d'après Bonnet et la trachéotomie. La dislocation de la tumeur est rarement indiquée comme intervention, mais dans quelques cas elle ne peut être remplacée par aucun autre procédé opératoire. Ainsi par exemple, quand une partie du goitre a été extirpée par une opération antérieure et que les phénomènes de compression réapparaissent, il suffira parfois de disloquer la partie restante qui occasionne la compression. Wæller a exécuté cette

opération huit fois. La trachéotomie est indiquée comme moyen palliatif dans le goitre malin. Si dans les autres tumeurs goitreuses la trachéotomie devient nécessaire, il vaut mieux attendre quinze jours après la trachéotomie avant de procéder à une opération radicale. « Trachéotomie et extirpation du goitre ne se comportent pas bien ensemble. »

Il ne faut pas opérer tous les goitres et personne ne songe à proposer l'opération *primo loco* chez les malades aux environs de la puberté. D'après Kocher, on voit, dans ces cas, le goitre guérir dans 90 % des cas par le traitement médical classique ; mais l'opothérapie thyroïdienne est loin de donner les bons résultats de l'iode.

Les injections interstitielles présentent un procédé chirurgical de traitement avec tous ses risques, quoique Wœlfer n'ait observé personnellement aucun décès imputable au procédé. Mais Heymann a publié 16 cas de mort. Il est préférable de se servir pour ces injections de la mixture de Mosetig (iode 1, éther sulfurique, huile d'amandes douces avec 7 parties). On injecte pour commencer une demi-seringue et si, avec trois injections, on n'obtient pas une réduction notable de la tumeur, il ne faut pas continuer. Ces injections interstitielles sont indiquées : 1° chez les malades qui ne sont pas très incommodés par leur goitre ; 2° chez ceux qui refusent une grande intervention chirurgicale ; 3° quand la tumeur n'est pas trop volumineuse.

Wœlfer opère sans narcotiser ses malades ; l'anesthésie locale suffit. Le malade ne sent aucune douleur par le procédé d'infiltration d'après Schleich. L'incision de la peau est toujours la même au-dessus du sternum allant d'un muscle sterno-mastoidien à l'autre, sur une longueur de huit ou dix centimètres. Toutes les veines coupées sont immédiatement liées : cette hémostase est capitale dans la chirurgie du goitre surtout pour empêcher l'aspiration de l'air. Sous ce rapport, les petites veines ne sont pas moins dangereuses que les grandes. Quant aux hémorragies secondaires, les plus terribles proviennent de l'artère thyroïdienne inférieure.

Quant aux récurrents il faut avoir soin de ne point les léser, pareille lésion guérit difficilement. Si le nerf est malade avant l'opération, ses risques sont plus grands dans une opération que ses chances. La trachée demande à être ménagée pendant l'opération et il faut surtout éviter de l'ouvrir. Après l'opération, la trachée peut lentement reprendre sa forme normale si elle était comprimée avant la résection du goitre.

Après la résection, l'énucléation est le second procédé opéra-

toire actuellement usité (procédé de Socin) ; il est indiqué dans les goîtres kystiques seulement. A cause de la difficulté de l'hémostase, beaucoup de chirurgiens lui préfèrent la résection du goitre. Wœlfel pratique, pour éviter cette hémorrhagie, une série de cinq à six ligatures dans le tissu thyroïdien autour du kyste.

En passant, Wœlfel a mentionné tous les autres procédés actuellement délaissés, même celui proposé par W., la ligature de quatre artères. Pour résumer, le traitement du goitre peut être médical (2 gr. 50 de K. I. par jour), et application d'un appareil réfrigérant en permanence (des tumeurs justiciables d'opérations ont été guéries par l'appareil de Leiter). Si le traitement médical échoue ou doit échouer (goitre poly-kystique), on essaie les injections interstitielles ou l'on se décide à l'opération soit par la résection ou par l'énucleation.

LAUTMANN.

Traitement du goitre diffus par l'ablation d'un noyau médian, par CAVAILLON, (*Lyon médical*, 12 juillet 1903, n° 28, p. 55).

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui était porteur d'un goitre parenchymateux diffus, volumineux. M. Jaboulay pratiqua sur lui, à l'aide de la simple anesthésie locale au chlorure d'éthyle, l'énucleation intra-glandulaire d'un noyau thyroïdien médian. Suites opératoires excellentes. Cette opération suffit à amener la rétrocession de l'hypertrophie de la glande. Ainsi se confirme, par la comparaison de cette observation avec des observations similaires, cette notion qu'il convient de restreindre aux cas d'extrême nécessité, les indications de la thyroïdectomie.

P. SERILEAU.

Tic douloureux de la face. Résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, par PAUL POIRIER (*Bulletin société de chirurgie*, 14 juillet 1903, p. 76).

Le malade présenté a subi la résection du ganglion cervical supérieur du côté atteint par le tic douloureux, en vue d'ajourner la nécessité possible de la résection du ganglion de Gasser : depuis six mois que l'opération est faite, l'amélioration a progressé et se maintient encore aujourd'hui. Le tic douloureux durait depuis sept ans, survenant par crises ; pendant trois mois, malgré des avulsions dentaires et traitement médical intensif, les douleurs sont atroces ; puis accalmie pendant deux ans ; reprise de un mois ; accalmie de trois ans ; il y a cinq semaines enfin, réapparition des crises à plus de vingt par jour. Le malade a des idées de suicide. L'opération est décidée. Incision au bord postérieur du sterno-

cléido-mastoïdien dans les deux tiers supérieurs du muscle ; on découvre les branches cervicale, auriculaire et transverse du plexus cervical. On contourne le bord postérieur du sterno cléido-mastoïdien et dans la partie moyenne de la plaie on voit le spinal que l'on récline en bas. On soulève le sterno-mastoïdien et on voit la veine jugulaire interne, derrière elle le nerf vague, puis le ganglion cervical supérieur. On sectionne ce dernier en bas, puis au ras du trou déchiré postérieur et on coupe encore son anastomose avec le pneumogastrique, avec la première anse cervicale. Après suture, l'opération est terminée. Dans la journée, ptosis à droite et myosis, larmolement toujours à droite. Pendant quatre à cinq jours amélioration notable, puis crises légères qui, quelques jours après, deviennent violentes (pendant trois jours). L'amélioration reparait ; mais un mois après, nouvelle crise. Enfin, depuis, amélioration sensible et persistante pendant cinq mois. Le malade se croit guéri.

PIERRE DELBET. — L'opération, conseillée chaleureusement à Poirier par Delbet, paraît aujourd'hui, à cet auteur, moins encourageante. Il a opéré il y a deux ou trois ans un malade semblable par la résection du ganglion de Gasser ; le résultat était parfait mais après six mois les douleurs ont reparu et le malade est revenu réclamer une deuxième intervention. Alors fut décidée la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, opération propre, élégante et d'une bénignité parfaite. Le résultat immédiat fut nul (c'est la règle), puis au bout de quelques jours l'amélioration commença et la guérison devint complète. Mais après quelques mois, les douleurs ont reparu, vont en augmentant et auront bientôt la même acuité qu'auparavant. WICART.

Résection partielle de la branche horizontale de la mâchoire inférieure pour une épulis récidivante. Prothèse immédiate par un appareil de porcelaine, par PIERRE SEBILEAU (*Bulletin Société de Chirurgie*, p. 356, 31 mars 1903).

Chez une malade de 40 ans, M. Sebileau pratique une résection partielle et classique de la mâchoire inférieure et fait sur place reconstituer la continuité de la mandibule par un appareil en porcelaine fabriqué préalablement par M. Delair. La malade avait depuis deux ans une épulis, qui a été enlevée deux fois ; au moment de l'opération elle formait une tumeur faisant corps avec l'os, se développant rapidement et nécessitant une large intervention. Dès que la résection osseuse est accomplie, M. Sebileau fait placer

l'appareil et suture les téguments par dessus. Deux mois après, la pièce reste solidement fixée, la bouche s'ouvre largement et les mâchoires peuvent être serrées. Il n'y a aucun bourgeonnement autour du fragment de porcelaine; la cicatrisation de la muqueuse s'est opérée sur presque toute l'étendue de la plaie et l'appareil n'a subi aucune altération.

Cet appareil a 2 centimètres $1/2$ de longueur avec la hauteur de l'os maxillaire. Sur la face externe 2 attelles, en avant comme en arrière, maintiennent la pièce contre les fragments osseux antérieur et postérieur. Sur la face interne une seule attelle, qui court sur fragments et pièce complète la solidarité des éléments qui devient parfaite par l'adjonction d'un goujon qui de la pièce s'enfonce dans le fragment postérieur. Cette cohésion s'est maintenue pendant deux mois, toujours la même, probablement à cause de l'emploi du boulonnement au lieu du vissage des attelles qui tiennent ainsi à tout le corps de l'os.

Pour réaliser ce boulonnement il y a toute une instrumentation originale imaginée par M. Delair dont le principe est une pince à forcipressure maintenant profondément un écrou dans lequel on visse le boulon qui a été introduit par l'orifice superficiel du trou que le perforateur a créé préalablement dans l'os de part en part. La porcelaine de cette prothèse est dure, cuite à 1600 degrés, inaltérable, facilement stérilisable et se prêtant au moulage de n'importe quel os. Elle semble supérieure au caoutchouc durci employé jusqu'à ce jour dans les appareils de Michaels et Martin de Lyon, par exemple; celui-ci au bout d'un certain temps devient poreux, se laisse pénétrer par les sécrétions buccales, devient corps étranger infecté et infectant.

WICART.

Prothèse de la mâchoire inférieure, par A. MIGNON (*Bulletin Société de Chirurgie*, 3 février 1903, p. 133).

L'auteur et le Dr Frey, professeur à l'Ecole dentaire présentent un malade sur lequel ils ont pratiqué une restauration partielle de la mâchoire inférieure. Un légionnaire a la moitié droite du maxillaire inférieur fracassé par une balle; la suppuration fait s'éliminer de nombreux séquestres. Six mois après, le soldat entre au Val-de-Grâce, la région toute défigurée. La réparation prothétique est décidée et après de multiples tentatives et incidents qui ont duré un an, l'appareil est en place et comprend une pièce en caoutchouc durci surmonté de dents; un arc métallique fixe la pièce aux dents restantes de la moitié gauche du maxillaire infé-

rieur ; un ressort puissant en or, l'articule avec un appareil supérieur en caoutchouc noir moulé sur la route palatine et maintenu en place. D'après le moulage la correspondance des dents est parfaite ; l'écart des deux maxillaires égale l'épaisseur d'un doigt ; la parole est redevenue normale ; au point de vue esthétique le résultat est satisfaisant ; la face est symétrique.

M. P. SEBILEAU. — L'appareil est ingénieux et répond à peu près aux indications. Pourtant, il n'a pas de fixité et le malade ne peut mastiquer ; l'articulation dentaire n'est pas parfaite. Le vrai défaut de l'appareil est qu'il oscille. On peut assurer la solide contention d'un semblable appareil, comme le démontrera bientôt la présentation d'une malade à laquelle, pour réparer une résection, MM. Sebileau et Delair, ont appliqué une plaque de porcelaine ainsi maintenue en place : En arrière un goujon s'enfonce dans le corps du fragment postérieur et en avant une attelle métallique maintenue par des vis à la face externe du fragment antérieur. C'est la première fois qu'un tel appareil est posé ; on en verra bientôt les avantages.

M. MICHAUX. — Ces appareils prothétiques doivent être appliqués très rapidement après l'accident, si on veut une correction facile et définitive du défaut de concordance des deux fragments. Pour l'observation de M. Sebileau, elle se confirme par un semblable exemple de prothèse appliqué par M. Michaux d'après le procédé de Martin de Lyon.

WICART.

Volumineuse tumeur mixte de la parotide, extirpée par la région latérale du cou, par LE DENTU (*Bulletin Société de Chirurgie*, 27 janvier 1903, p. 86).

Ces cas sont rares ; il y a intérêt à rappeler les difficultés diagnostiques et opératoires en raison du développement de la tumeur vers la fosse amygdalienne et le pharynx. Les parties superficielles étant dégagées, l'opérateur pénètre dans la profondeur des régions sterno-mastoldienne et sous-maxillaire en passant en avant des vaisseaux et énuclée toute la partie profonde du néoplasme qui obturait le gosier sans perforer le pharynx ni la loge amygdalienne. La tumeur grosse comme une orange repoussait l'amygdale en dedans, la sous-maxillaire en bas et gonflait les régions rétro-auriculaire et sous-maxillaire. Guérison rapide. La malade a 21 ans. L'examen histologique établit la nature du néoplasme : tumeur mixte développée dans la glande parotide.

M. SEBILEAU. — En regardant la grande cicatrice verticale on est

frappé du fait que le facial n'ait pas souffert. Quels étaient les rapports de la tumeur et du nerf ?

M. LE DENTU. — Dans ces cas, le facial étant refoulé en haut, le précepte ancien de Nélaton indique la nécessité d'une incision faite très bas et très en arrière. Ainsi le tronc facial a été ménagé, mais après l'opération s'est produit une paralysie de la branche labiale inférieure qui s'améliore et va guérir. WICART.

Résection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome à myéloplaxes, par JALAGUIER (*Bulletin Société de Chirurgie*, 16 juin 1903, p. 665).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, atteinte depuis 1889 d'un sarcome à myéloplaxes pour lequel l'auteur a pratiqué la résection totale du maxillaire supérieur gauche, avec comme résultat, guérison totale qui se maintient depuis 2 ans $1/2$ et est probablement définitive.

La déformation est insignifiante. L'opération a consisté en : incision de Liston pour les téguments ; pour la voûte palatine procédé de Langenbeck décrit par Farabeuf ; toute la fibro-muqueuse restée saine est décollée pour former un lambeau adhérent au côté sain et au voile ; section de la voûte osseuse au ciseau, en ménageant l'incisive médiane gauche ; l'opération terminée, le lambeau a été suturé à la face interne de la joue pour rétablir le cloisonnement bucco-nasal. Le résultat est très satisfaisant aux points de vue esthétique et fonctionnel. La mastication et la phonation ne présentent pas le moindre trouble et l'opérée n'a que faire d'un appareil de prothèse.

WICART.

De l'emploi de la vaseline ou de la paraffine en chirurgie plastique, par TEXTER P. ASHLEY (*Saint-Louis, med. and surg. journ.*, févr. 1903, p. 86).

Cette étude est un résumé des travaux d'Eckstein et de Gersuny, où l'auteur rapporte les avantages et les désavantages de l'une et l'autre méthode, les procédés opératoires et les faits importants de restauration obtenus par ces deux chirurgiens. L'auteur pour les cas qu'il a opérés, s'est servi d'une seringue entourée de caoutchouc, afin d'empêcher le refroidissement rapide de la paraffine.

A. RAOULT.

NOUVELLES

Le professeur MORITZ SCHMIDT, de Francfort, vient d'être nommé Wirklicher Geheimrat du Royaume de Prusse avec le titre d'Excellence.

Le professeur extraordinaire SIEBENMANN, directeur de la clinique pour les maladies de l'oreille, du nez et du larynx, à l'Université de Bâle, a été nommé professeur ordinaire.

VII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

SOUS LE PATRONAGE DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Bordeaux, du 1^{er} au 4 août 1904.

A l'occasion des Congrès internationaux d'otologie, une somme de 3,000 francs a été accordée par le baron LÉON DE LÉNAL, de Nice, pour fonder un prix dit PRIX LÉNAL.

Il a été décidé au V^e Congrès international, tenu à Florence en 1895 :

1^o Que l'intérêt de cette somme, accumulé dans l'intervalle de *deux Congrès otologiques*, serait accordé à l'auteur ayant réalisé les progrès les plus marqués sur le traitement pratique des affections de l'appareil auditif pendant la période en question, ou à l'inventeur de quelque appareil facilement portable susceptible d'améliorer notablement l'audition des personnes sourdes ;

2^o Que la somme de 3,000 francs serait déposée dans une banque publique entre les mains du président du Jury ;

3^o Que le Congrès otologique international élirait chaque fois un Jury de sept membres, qui ferait connaître sa décision à la dernière séance de chaque Congrès.

Les membres du Jury actuel sont : *Président* M. le professeur POLITZER, de Vienne ; MM. le D^r BENNI, de Vaisovic ; le D^r GELLÉ, de Paris ; le professeur PRITCHARD, de Londres ; le professeur SAINT JOHN ROOSA, de New-York ; le professeur KIRCHER, de Wurzburg ; le professeur GRAZZI, de Florence, et le professeur E. J. MOURE, de Bordeaux.

Le Prix LÉNAL sera donc décerné au prochain Congrès international, qui aura lieu à Bordeaux du 1^{er} au 4 août prochain 1904.

Les personnes désireuses de concourir pour le prix sont invitées à envoyer leurs titres de candidature, avant le 1^{er} juillet 1904, à M. le D^r E. J. MOURE, président du Comité d'organisation du Congrès, cours du Jardin-Public, 25 bis, à Bordeaux.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.



OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Sur la valeur éloignée des injections de paraffine solide, par BRÜCK-KAERT. (Extrait de *Arch. de méd. et de chir.*, spéc. 1903). Dr SUAREZ DE MENDOZA, direct 22, av. Friedland, Paris, 1903.

Drei Tautstommen Labyrinth, par ERNST OPPIKOFER. J. F. Bergmann, éditeur. Wiesbaden, 1903.

An Unusual Case of spontaneous, Bilateral Hemorrhage from the Ear, par M. A. GOLDSTEIN (Extr. de *The Laryngoscope*, Saint-Louis, 1103).

Primary tuberculosis of the ear followed by mastoiditis : report of haur cases, par GOLDSTEIN (Extr. du *The medical news*, New-York, 1903).

The Use and Abuse of the Eustachian Bougie, par GOLDSTEIN (Extr. de *The Laryngoscope*, Saint-Louis, 1903).

Remarques sur le traitement médical des otites moyennes aiguës, par A. HEYMANN, fils (Extr. de *Presse oto-laryngologique belge*, n° 9, Bruxelles, 1903).

Benzoenlyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.
P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Pansodun)

Medicament spécifique des

MIGRAINES

et des **NÉVRALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

